

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

MUZIKOTERAPIE U DĚTÍ S AUTISMEM

MUSIC THERAPY AND CHILDREN WITH AUTISM

**Bakalářská práce
2012**

Autor bakalářské práce: Kateřina Thálová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Pavlína Šumníková, Ph.D.

Studijní obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

V Praze dne 10. 6. 2012

Podpis:

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Pavlíně Šumníkové, Ph.D. za odborné vedení mé práce a cenné připomínky, dále pak dětem s autismem a jejich rodičům za vstřícnou spolupráci při tvorbě praktické části této práce, a kolegyním za jejich trpělivost a dlouhodobou podporu

Muzikoterapie u dětí s autismem

Abstrakt

Obsahem bakalářské práce s názvem Muzikoterapie u dětí s autismem je charakteristika dětského autismu a představení muzikoterapie jako jedné z možných terapií, pomocí níž lze pozitivně ovlivňovat vývoj dětí s autismem.

Cílem práce je zaznamenat teoretické poznatky z oblasti terapeutického působení hudby na děti s autismem. Praktická část si dává za cíl analyzovat vliv muzikoterapie na rozvoj žáků v základní škole speciální, se zaměřením na oblast komunikace. Součástí práce je ukázka muzikoterapeutických programů, aplikovaných v průběhu terapie u cílové skupiny. Dále pak případové studie žáků s autismem, individuální plány terapie a jejich evaluace.

Klíčová slova

Dětský autismus, muzikoterapie, hudba, komunikace, individuální plán

Music Therapy and Children with Autism

Abstract

The thesis entitled Music Therapy and Children with Autism deals with the characteristics of childhood autism and introduces music therapy as one of the possible forms of therapies, by means of which the development of children with autism can be positively influenced.

The objective of the thesis is to record and organize theoretical knowledge regarding therapeutic effect of music on children with autism. The practical, empiric, part of the thesis aims to analyze the impact of music therapy on the development of pupils of special elementary schools, primarily in the area of communication. Three demonstrations of music therapy lessons applied within the process of the target group therapy are included as well as case studies of pupils with autism, individual therapy plans and their evaluation.

Key words

Childhood autism, music therapy, music, communication, individual plan

OBSAH:

ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1. Dětský autismus.....	9
1.1.1. Sociální interakce a sociální chování.....	11
1.1.2. Komunikace.....	12
1.1.3. Představitelství, zájmy.....	14
1.1.4. Nespecifické rysy.....	15
1.2. Muzikoterapie.....	17
1.2.1. Vymezení muzikoterapie.....	17
1.2.2. Klasifikace muzikoterapie.....	19
1.2.3. Metody muzikoterapie.....	20
1.2.4. Současné modely v muzikoterapii využívané u dětí s autismem.....	22
1.3. Využití terapeutického působení hudby při práci s dětmi s autismem.....	25
1.3.1. Terapeutické působení hudby na člověka.....	25
1.3.2. Vnímání hudby a zvuků dětmi s autismem.....	26
1.3.3. Další aspekty muzikoterapie u dětí s autismem.....	27
1.3.3.1. Terapeutický vztah.....	27
1.3.3.2. Prostředí.....	27
1.3.3.3. Význam barev v muzikoterapii.....	28
1.3.3.4. Hudební nástroje.....	29
1.3.4. Rozvoj komunikace pomocí hudby.....	30
2. PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
2.1. Cíle a metody šetření.....	32
2.2. Popis zařízení.....	32
2.3. Místnost pro muzikoterapii.....	33
2.4. Případové studie.....	34
2.5. Individuální plány terapie.....	40
2.6. Struktura muzikoterapeutického setkání.....	42
2.7. Ukázky muzikoterapeutických programů.....	45
2.8. Evaluace individuálních plánů terapie.....	51
2.9. Závěry šetření.....	54
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ.....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma *Muzikoterapie u dětí s autismem*. Hudba má své nezastupitelné místo v životě člověka a zejména dětí. Hudba a zpěv mají velký vliv na vývoj dítěte v oblasti emoční, komunikace, sociálních vztahů a v neposlední řadě i na vývoj řeči.

Ve speciální škole, kde působím jako učitelka ve třídě pro děti s autismem, každým dnem pozoruji, jak mocně působí hudba na děti s tímto postižením. Většina dětí má velice ráda hudbu a hudební aktivity. Pro některé děti se stává poslech hudby vyhledávanou činností a často působí jako jediný motivační prvek a forma odměny.

Já sama se věnuji hudbě od dětství, ať už zpěvu nebo hře na klavír a flétnu, a hraje v mém životě podstatnou roli. S nástupem do práce v základní škole speciální jsem začala provozovat s dětmi celou řadu hudebních a pohybových činností a před dvěma roky jsem se dostala k muzikoterapii. Pro tuto problematiku jsem se velmi nadchla, absolvovala jsem mnoho kurzů a seminářů, mimo jiné seminářů České Orffovy společnosti, kurzu pro muzikoterapeuty pod vedením Markéty Gerlichové, další přínosný seminář u Mariny Stejskalové a kurz zaměřený na muzikoterapii v základní škole speciální se Zdeňkem Vilímkem. Po načerpání teoretických zkušeností jsem se rozhodla pro vytvoření vlastní koncepce muzikoterapie, zaměřené na konkrétní specifickou skupinu žáků ve škole, kde působím. Postupně tuto koncepci upravuji a doplňuji podle vývoje a nových zkušeností.

Cílem mé práce je utřídit a zaznamenat teoretické poznatky z oblasti terapeutického působení hudby na děti s autismem. V praktické části se pak budu zabývat analýzou vlivu muzikoterapie na rozvoj žáků v základní škole speciální, zejména pak na oblast komunikace. Představím zde také několik muzikoterapeutických programů. Chtěla bych touto prací poukázat na nezastupitelnou roli muzikoterapie v edukačním procesu vzdělávacího programu dětí s autismem na základní škole speciální.

Bakalářská práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola představuje dětský autismus jako pervazivní vývojovou poruchu, která se vyznačuje triádou problémových oblastí, jimiž jsou sociální interakce a chování, komunikace a oblast představitosti a zájmů. V následující kapitole se budu věnovat muzikoterapii - vymezení tohoto pojmu, klasifikaci muzikoterapie, jejím metodám a uvedu současné modely (směry), využívané v práci s dětmi s autismem. Další kapitola se zabývá muzikoterapií u dětí s autismem.

Obsahuje popis terapeutického působení hudby na člověka, objasňuje specifika ve vnímání hudby a zvuků dětmi s autismem a rozkrývá další aspekty muzikoterapie u těchto dětí. V poslední kapitole teoretické části se budu věnovat vlivu hudby na rozvoj komunikace.

V praktické části se objeví popis zařízení a místnosti, ve kterém muzikoterapii provozuji, uvedu tři případové studie a individuální plány terapie. Připojím tři muzikoterapeutické programy. V závěru práce uvedu evaluaci muzikoterapeutických plánů za časové období jednoho školního roku.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Dětský autismus

Dětský autismus je pervazivní vývojová porucha, kterou jako první definoval dětský psychiatr Leo Kanner v roce 1943. (Schopler, Mesibov, 1997) Do té doby byla tato porucha považována za formu dětské schizofrenie. (Gillberg, Peeters, 2003) Slovo autismus je odvozeno z řeckého „autos“, což znamená „sám“.

Mezinárodní klasifikace nemocí, zveřejněná na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky, uvádí pod kódem F84 následující dělení pervazivních vývojových poruch (nebo také poruchy autistického spektra):

- F84.0 Dětský autismus
- F84.1 Atypický autismus
- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha
- F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Ve své práci se budu zabývat výhradně dětským autismem, který je v odborné literatuře někdy také nazýván časným infantilním autismem či Kannerovým syndromem. (Gillberg, Peeters, 2003)

Jedná se o jednu z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje, podle Thorové (2006) se vyskytuje u 0,1 – 0,4% populace a objevuje se až 4 - 5 krát častěji u osob mužského pohlaví. V současné době je považován za onemocnění, které je pervazivní (vše prostupující, zasahující celou osobnost člověka) a nezvratné. První symptomy se dají pozorovat od útlého věku, nejčastěji před třicátým měsícem věku dítěte.

Přesná příčina autismu není dosud známá, vědecké studie ale ukazují na kongenitální geneticky podmíněné změny v mozku. Porucha vzniká na neurobiologickém základě. „Nejedná se o jedno místo v mozku zodpovědné za vznik autismu, ale spíše o poruchu komunikačních a integračních funkcí v mozku. Předpokládáme, že pokud existuje různorodost v projevech, bude existovat i variabilita v příčinách (multifaktoriální příčiny)“ (Thorová, 2006, s. 52).

Autismus může být, a často bývá, kombinován s jinými poruchami či obtížemi psychického i fyzického rázu (mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady atd.). Přibližně u tří čtvrtin lidí trpících autismem je k vývojové poruše přidružena mentální retardace - lehká až střední okolo 24%, těžká až hluboká okolo 47% pacientů (nízkofunkční autismus). V závislosti na mentální úrovni se mění klinický obraz autismu, jeho prognóza a způsob terapie. U nízkofunkčního autismu je větší pravděpodobnost výskytu epilepsie a dalších somatických obtíží. Pouze zhruba u 2% lidí s autismem můžeme pozorovat izolované schopnosti (hudební, paměťové, vizuální, kreslířské, počítařské nebo kalendářní), které výrazně převyšují celkové schopnosti člověka s autismem a vyčnívají nad normu běžné populace. Obecně je zřejmé, že děti s autismem mívají výsledky ve vývojových škálách či inteligenčních testech nesourodé. V některých oblastech naprosto selhávají, v jiných jsou úspěšnější. (Peeters, 1998)

I když lidé s autismem vykazují podobné symptomy, nelze říci, že existují dvě děti s autismem s úplně stejnými projevy. Pro účely diagnostiky je však stanovena tzv. triáda problémových oblastí společná pro všechny poruchy autistického spektra. Aby dítě získalo diagnózu autismus, musí vykazovat typické symptomy v těchto kategoriích:

- Sociální interakce a sociální chování
- Komunikace
- Představitost a zájmy (Thorová, 2006)

Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo symptomů) až po těžkou (velké množství symptomů).

1.1.1. Sociální interakce a sociální chování

Problémy v sociální oblasti můžeme sledovat u dítěte s autismem již v raném věku. Specifické projevy dítěte v sociální interakci však nejsou způsobeny chybným výchovným vedením. Problémem tedy není nezdravý vztah matka – dítě, jak v minulosti pod vlivem psychoanalýzy uváděl Leo Kanner. (Thorová, 2006). Je to otázka rozdílné biologické výbavy dítěte s autismem spojené s rozdílným kognitivním stylem. Zjednodušeně lze říci, že sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem člověka s autismem v hlubokém deficitu.

Osoby s poruchou autistického spektra kategorizuje Thorová (2006) podle převažujícího typu sociálního chování následovně:

- Typ osamělý: dítě je samotářské, nevěnuje příliš pozornost svému okolí, nemá zájem o komunikaci
- Typ pasivní: dítě je málo spontánní v sociální interakci, komunikaci využívá jen k uspokojení základních potřeb, kontaktu se nevyhýbá, ale neiniciuje jej.
- Typ aktivní – zvláštní: dítě vykazuje sociálně velmi problematické (obtěžující) chování, obtížně chápe pravidla společenského chování, projevuje se přílišnou spontaneitou, často spojenou s hyperaktivitou.
- Typ formální – afektovaný: typický pro osoby s vyšším IQ, chování je velmi konzervativní, obsesivní touha o dodržování společenských rituálů, doslovné chápání slyšeného, neschopnost empatie, encyklopedické zájmy.
- Typ smíšený – zvláštní: sociální chování je nesourodé, vyznačuje se prvky osamělosti, pasivity i aktivního a formálního přístupu, vyskytují se velké výkyvy v kvalitě kontaktu.

Způsob sociální interakce však není stabilním projevem, může se měnit s věkem. Často bývají děti s autismem v raném věku velmi samotářské, po třetím až pátém roce věku se však stávají sociálně více aktivními.

Klíčovými problémy v oblasti sociálního vývoje dětí s poruchou autistického spektra jsou:

- Neschopnost porozumět neverbálnímu chování (výrazy obličeje, sociální klíče a gesta)
- Problémy s nápodobou
- Vyhýbání se očnímu kontaktu
- Touha po stejnosti v sociálních reakcích
- Neschopnost navazovat a rozvíjet přiměřené sociální kontakty s vrstevníky
- Minimální nebo žádné herní dovednosti
- Neschopnost sdílet pozornost

„Specifický kognitivní styl, ke kterému přispívá doslovné a přesné chápání instrukcí a situací, rigidita myšlení, egocentrismus s omezenou schopností empatie, malá nebo žádná schopnost porozumět metakomunikaci a neschopnost zobecňovat, lidem s PAS neumožňuje chápat jemnost a komplexitu sociálních vztahů a situací“ (Thorová, 2006, s. 78).

1.1.2. Komunikace

Poruchy autistického spektra jsou primárně poruchou komunikace. Zhruba polovina dětí s autismem si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby sloužila ke komunikačním účelům, a u dětí, které si řeč osvojí, pozorujeme výrazně odchylný vývoj řeči s mnohými abnormalitami. Porucha komunikačních schopností se demonstruje na úrovni receptivní (porozumění) i expresivní (vyjadřování), verbální i neverbální. Řeč je postižena na úrovni kvalitativní i kvantitativní. Nastupuje tedy nejen opožděně, ale současně se vyvíjí i odlišným způsobem než u dětí intaktních. (Hrdlička, Komárek, 2004)

Téměř u čtyřiceti procent dětí s autismem se řeč nevyvine, aniž by se snažily tento nedostatek kompenzovat alternativním způsobem komunikace (např. gesta nebo mimika). Ti, u nichž se řeč rozvine, ji nepoužívají konverzačním způsobem. (Richman, 2006)

Hlavní příčinou narušení komunikační schopnosti u dětí s autismem je neporozumění významu a účelu komunikace jako takové. Z neschopnosti vyjádřit své potřeby a přání pak pramení mnoho problémového chování jako například negativistické projevy, agresivita, sebepoškozování.

Problémy v komunikaci se u dětí s autismem projevují ve všech jejích složkách: v neverbálním vyjadřování, porozumění neverbální komunikaci, ale i v porozumění mluveného a verbálního projevu.

Potíže s neverbálním vyjadřováním (expresivní složka)

Problémy s neverbálním vyjadřováním se vyskytují u dětí s autismem na úrovni gest, mimiky, postoje těla, očního kontaktu a fyzické manipulace s druhou osobou.

Gesta – chybí deklarativní ukazování, pohyb hlavy k vyjádření souhlasu a nesouhlasu, dítě nevyužívá běžná gesta v průběhu konverzace.

Mimika – chybí úsměv v sociální interakci nebo je nezřetelný, mimika neodpovídá situaci, neslouží ke komunikaci.

Postoj těla – dítě se přiblíží nezvykle blízko k posluchači nebo naopak komunikuje bez natočení obličeje či těla.

Oční kontakt – vyhýbání se očnímu kontaktu, „pohled skrz“, neschopnost sledovat cíl pohledu druhé osoby a kontrolovat pohledem pozornost druhé osoby.

Fyzická manipulace – dítě používá ruku dospělého jako nástroje, dokáže vyjádřit své přání vedením druhé osoby.

Potíže s porozuměním neverbální komunikace (receptivní složka)

Lidé s poruchou autistického spektra nechápou a problematicky dekodují význam neverbální komunikace druhých lidí. Je pro ně obtížné usoudit co si lidé myslí pomocí čtení výrazů jejich obličeje. Zejména mají potíže chápat jemná a komplexní pravidla, kterým se neverbální komunikace řídí. Vyplývá z toho pak mnoho frustrujících nedorozumění.

Obtíže ve verbální komunikaci

Také ve verbálním projevu se u dětí s autismem vyskytují určité specifické odlišnosti.

Zvuková stránka řeči – dítě vůbec nemluví nebo je řeč výrazně pod úrovní celkových mentálních schopností. Má artikulační potíže, je výrazně narušena intonace, melodie a rytmus, řeč tak připomíná mluvu robota.

Gramatická stránka řeči – četné agramatismy, obtíže v používání zájmen, sklon používat infinitiv a holé věty, vynechávání předložek a spojek.

Významová stránka řeči – potíže s generalizací, echolálie (opakování slyšeného), používání neologismů, zautomatizovaných frází, obtíže v porozumění metafory a ironie.

Praktické užívání jazyka – komunikační egocentrismus, společenské nepřiměřenosti, potíže s procesem konverzace, jazyku chybí komunikační záměr.

Dětem s autismem, u kterých se mluvená řeč nerozvinula nebo mají značné potíže s porozuměním a vyjadřováním, přicházejí na pomoc různé formy augmentativní a alternativní komunikace (AAK). Techniky AAK mohou snižovat frustraci a fungují jako redukce či prevence problémového chování. Jednu z forem alternativní komunikace, která se ve světě i v ČR velmi dobře osvědčila pro nácvik komunikace u osob s autismem jakéhokoliv věku, je systém Picture exchange communication systém (PECS) - u nás známý jako Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS). (Bondy, Frost, 2007)

1.1.3. Představivost, zájmy

O autismu se někdy hovoří také jako o syndromu nadměrného realismu. (Gillberg, Peeters, 1998). Lidé s poruchami autistického spektra postrádají schopnost abstrakce. Chápu jen věci konkrétní, jejich myšlenkové operace probíhají v představách. Mají výrazné obtíže ve vnímání celku, perfekcionalisticky se zaměřují na detaily. Potíže v oblasti představivosti také způsobují problémy se zevšeobecňováním (generalizace).

Důležitou součástí vývoje představivosti je rozvoj nápodoby. Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení pak způsobuje, že se u dítěte s autismem nerozvíjí jeden ze základních předpokladů k učení – hra. *„Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují podstatně mladší děti, vyhledává předvídatelnost v činnostech a upíná se tak na jednoduché*

stereotypní činnosti. Hra a trávení volného času se stávají nápadně odlišnými od vrstevníků“ (Thorová, 2006, s. 117).

Obtíže v trávení volného času se u dětí s autismem může projevovat následujícími způsoby:

- Nefunkční manipulativní zacházení s předměty a hračkami (točení, houpání, mávání, bouchání), zaměření se na části předmětů
- Třídění, seskupování a řazení předmětů podle určitého klíče (tvar, barva apod.)
- Stereotypní repetitivní činnosti spojené se smyslovou autostimulací (tleskání, pozorování třepetajících rukou, kolébání těla, poslouchání zvuků či slovní produkce, čichání k předmětům)
- Fixace na předmět nebo zájem (kreslení, měření, dopravní prostředky, vesmír)
- Snaha o stálost prostředí, neměnnou posloupnost činností

Přes velké rozdíly v kognitivních schopnostech, všechny děti s autismem potřebují strukturovat volný čas, který využívají pro hru a zábavu. Čas musí být vizualizován, činnost musí mít pevný začátek, dobu trávení i konec. Dítě se musí při asistenci dospělého naučit cílené funkční hře. Po nácviku hry se zmenší potřeba individuálního dozoru a klesnou nároky na strukturované prostředí. Ubude nevhodného chování, sebestimulačních aktivit apod. Cílená hra zároveň umožňuje naučit děti s autismem různým aspektům správné interakce s dětmi stejného věku. Mají tak výbornou příležitost rozšířit škálu sociálního chování, které pak lze generalizovat i v kolektivním zařízení. (Richman, 2006)

1.1.4. Nespecifické rysy

Mimo oblast výše zmíněné diagnostické triády se vyskytují u osob s poruchami autistického spektra další nespecifické symptomy a zvláštní projevy, mezi které patří abnormality ve smyslové percepci, odlišnosti v motorických projevech, odchylky v emočních reakcích a problémy v chování.

Abnormality ve smyslové percepci

U dětí s autismem jsou pozorovány neobvyklé percepční odchylky ve vidění, hmatu, odchylky sluchové, chuťové, čichové, vnímání rovnováhy a vnitřního vnímání vůbec. Smyslové vnímání zde nefunguje jako prostý záznam objektivní reality, ale spíše vysoce individuální a selektivně podmíněný proces, který vytváří osobnost. (Nesnídalová, 1995)

S odchylkami ve vnímání souvisí častá smyslová hypersenzitivita. Některé děti s autismem jsou přecitlivělé na zvýšenou intenzitu sluchových, zrakových podnětů a na dotyk. V těchto souvislostech můžeme často zaznamenat i změněný práh bolesti (snížený nebo naopak zvýšený).

Odlišnosti v motorických projevech

Typickým projevem je celková hyperaktivita. Dále sem mohou spadat pohybové stereotypie a tikové poruchy (kroucení rukou v zápěstí a mávání rukama, točení se dokola, chůze po špičkách, houpání tělem). Tyto pohyby se stupňují v emočně vypjatých situacích. Výraz obličeje u většiny dětí s autismem bývá vážný, jemný, upomíná na Kannerem uváděný výraz mlčenlivé moudrosti. (Nesnídalová, 1995)

Odchylky v emočních reakcích

Lidé s autismem mají bezesporu velmi silné city, často jsou jimi přímo zavaleni, aniž by jim však porozuměli. Mají také problémy s jejich vyjádřením. Často se nechovají úměrně situaci a jejich projevy mohou být až opačné oproti reakci intaktní osoby na obdobnou situaci. Někdy můžeme pozorovat u dětí s autismem frekventované výbuchy vzteku, které ale většinou souvisí s nerozvinutou komunikační schopností a tím vyvolanou frustrací. U některých dětí sledujeme úzkostné rysy, specifické strachy a fobie včetně strachu z lidí.

Problémy v chování

Mezi nejčastější formy problémového chování u dětí s autismem patří sebezraňování, destruktivní činnost, agresivita, afektivní záchvaty, výrazná stereotypní činnost a rituály. Výraznější agresivní projevy byly zjištěny zhruba u třetiny dětí s poruchou autistického spektra. Dalšími problémovými oblastmi bývá spánek (nespavost, noční děsy, brzké vstávání apod.) a jídlo (extrémní vybíravost, nechutenství nebo naopak

zvýšený zájem o jídlo, rituály spojené s jídlem). (Thorová, 2006). Na odbourání problémů spojených s chováním se orientují speciální behaviorální techniky.

1.2. Muzikoterapie

Vztah mezi hudbou a medicinou je tak starý jako samotné dějiny lidstva. Podnětem pro využívání hudby jako účinného léčebného prostředku byl pud sebezáchovy prvotního člověka, projevující se v intenzivním úsilí odvrátit od sebe nebezpečí choroby, hladu a smrti. Mimo těchto charakteristických funkcí představovala hudba od prvopočátku i způsob intenzivní zábavy a společenskou událost. (Mátejová, Mašura, 1992)

Pro své terapeuticko-léčebné účinky se hudba a tudíž i muzikoterapie využívá ve speciální pedagogice a především u dětí s autismem jako podpůrná metoda vývoje, která by měla být automatickou součástí školního vzdělávacího programu.

1.2.1. Vymezení pojmu muzikoterapie

Muzikoterapie je přístup z oblasti tzv. expresivních terapií. Expresivní proto, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. Podle nich se nazývají jednotlivé umělecké terapeutické obory – muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, psychodrama, biblioterapie a tanečně-pohybová terapie. (Kantor, Lipský, Weber 2009)

Pojem muzikoterapie je řecko-latinského původu. Řecky *moisika*, latinsky *musica* znamená hudba. Řecky *therapeia*, latinsky *iatreia* znamená léčit, vzdělávat, starat se (Mátejová, Mašura, 1992).

Definice muzikoterapie existuje celá řada. Mezi celosvětově užívané patří definice Americké muzikoterapeutické asociace (AMTA): Muzikoterapie je předepsané použití hudby kvalifikovanou osobou za účelem dosažení pozitivních změn v psychologickém, tělesném, kognitivním a sociálním fungování jedince se zdravotními nebo edukačními problémy. (Břicháčková, Vilímek, 2008)

Na základě tohoto vymezení pojmu můžeme tedy chápat muzikoterapii jako „specializovanou terapeutickou metodu či postup využívající hudby a jejich vlastností

k primárně terapeutickým účelům a specifickým cílům v rámci léčebného, výchovně-vzdělávacího, rehabilitačního a jiného procesu“ (Břicháčková, Vilímek, 2008, s. 10).

Cílovou skupinou muzikoterapie mohou být jedinci jakéhokoliv věku (od ještě nenarozených dětí po umírající osoby) z kteréhokoliv kulturního zázemí. Muzikoterapie je indikována u řady nemocí, postižení a rizikových situací, které zahrnují:

- duševní onemocnění (psychózy, neurózy, poruchy osobnosti)
- mentální retardace
- autismus a jiné vývojové poruchy
- tělesné postižení
- zrakové a sluchové postižení
- terminální onemocnění (onkologické onemocnění, AIDS,...)
- poruchy komunikace
- specifické vývojové poruchy učení a chování
- psychogeriatrické poruchy (demence, Parkinsonova a Alzheimerova choroba)
- zneužívání návykových látek
- oběti sexuálního zneužívání aj.

Muzikoterapeutické cíle jsou označovány jako nehudební a zahrnují rozsáhlou oblast terapeutického působení, kam řadíme např. učení, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjádření, motivace, zvládání bolesti a stresu, zvýšení kvality života, osobní a duchovní rozvoj. (Kantor in Müller, 2005)

Muzikoterapie se v ČR uskutečňuje v řadě různých institucí, jako jsou: speciální školy, stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, zdravotnická zařízení, volnočasová centra, neziskové organizace a privátní praxe. Česká legislativa však v současné době nemá zakotvenou profesi muzikoterapeuta. I studium muzikoterapie jako oboru nemá u nás ještě vybudovanou tradici. MŠMT sice akredituje postgraduální vzdělávání v oblasti edukační muzikoterapie pro speciální pedagogy a psychology, ale absolventi mohou vykonávat tuto práci jen v rámci své původní profese.

Muzikoterapeuté se proto rekrutují z řad speciálních pedagogů, učitelů a pracovníků v lékařství. I přesto však pracuje v naší zemi celá řada profesionálních muzikoterapeutů na světové úrovni.

1.2.2. Klasifikace muzikoterapie

Formu muzikoterapie rozlišujeme buď podle počtu klientů v rámci jednoho terapeutického sezení (individuální, skupinová, párová, hromadná) nebo podle způsobu práce s hudbou (aktivní, receptivní).

Podle počtu účastníků můžeme rozdělit muzikoterapii na formu:

- individuální – muzikoterapeut se věnuje jedinému klientovi. Terapie podléhá individuální dynamice jednotlivce.
- skupinovou – muzikoterapeut pracuje s otevřenou nebo uzavřenou skupinou. Počet členů ve skupině však většinou nepřesahuje 15 osob.
- párovou – odehrává se například v rámci rodinné terapie.
- hromadnou – skupina čítá přes 15 osob, a proto zde nemůže fungovat skupinová dynamika, často mívá manipulativní účinek. (Břicháčková, Vilímek, 2008)

Z hlediska klientovy účasti a hudebním dění rozdělujeme muzikoterapii následovně:

- aktivní – klient osobně vyvíjí hudební aktivitu sám nebo za spoluúčasti terapeuta či ostatních členů terapeutické skupiny. Uskutečňuje se vokální nebo instrumentální interpretací.
- receptivní – klient hudbu pouze vnímá nebo se při ní věnuje jiné nehudební činnosti (např. malba, čtení, řízená imaginace). Může se jednat o hudbu živě hranou nebo reprodukovanou. (Linka, 1997)

Při práci s dětmi s autismem začínáme vždy individuální formou muzikoterapie, při které nejlépe dosáhneme navázání vztahu terapeut-klient. Podle stupně postižení je někdy vhodné zapojit rodiče do role asistenta dítěte. Rodiče pak mohou pokračovat v muzikoterapii i doma a rozvíjet tak nově získané schopnosti a dovednosti. V průběhu

terapeutické práce je v další fázi možné a často i velmi účinné sloučit více dětí s autismem do jedné terapeutické skupiny. Skupina by neměla přesáhnout 5 osob, aby terapeut mohl obsáhnout množství dětí a měl šanci se věnovat každému podle jeho potřeb. Ve skupinové práci je možné učit se a rozvíjet sociální interakce mezi dětmi, které představují jednu z problémových oblastí u dětí s autismem. (Kantor, Lipský, Weber 2009)

1.2.3. Metody muzikoterapie

Metoda je v muzikoterapii definována jako zvláštní typ hudební zkušenosti, používaný pro diagnostiku, intervenci nebo evaluaci. (Kantor, Lipský, Weber 2009)

V rámci metod lze potom aplikovat příslušné techniky, kterými rozumíme praktické postupy, které si terapeut sám vytváří a používá individuálně při práci s klienty.

Základní metody, které je možno využít v muzikoterapii jsou:

Hudební improvizace je spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu, práce s hlasem či hrou na hudební nástroje. Hudební improvizace může být strukturovaná, připravená nebo nepřipravená a klient může improvizovat sám, ve skupině nebo ve spolupráci s terapeutem. *„Důležitým úkolem terapeuta je pomoci vytvořit emocionálně příznivé prostředí, které bude klienta podporovat a motivovat k hudebnímu vyjadřování“* (Kantor, Lipský, Weber 2009, s. 184).

Základními cíly improvizace jsou:

- poskytnout prostor pro sebevyjádření,
- rozvoj skupinových dovedností, využití skupinové dynamiky,
- rozvoj kreativity, spontánnosti a hravosti,
- rozvoj percepčních a kognitivních dovedností. (Břicháčková, Vilímek, 2008)

Hudební interpretace znamená klientem prováděnou interpretaci jiné předkomponované vokální nebo instrumentální hudby nebo reprodukce jiného druhu hudební formy. Zahrnujeme sem i hudební hry a aktivity, které jsou strukturované pomocí hudby a také hudební produkci v rámci vystoupení před publikem.

Cíle hudební interpretace vnímá Kantor (2009) následovně:

- rozvoj senzomotorické dovednosti,
- posilování adaptivního chování,
- zlepšení pozornosti, rozvoj paměti,
- rozvoj empatie,
- osvojování si chování ve specifických rolích

Kompozice zahrnuje vytváření písní, textů, instrumentálních skladeb nebo jiného druhu hudebního produktu. Terapeut většinou přebírá zodpovědnost spíše za technické aspekty procesu a nechává klienta spolupracovat podle jeho hudebních schopností a dovedností.

Základní cíle kompozice jsou:

- získání dovedností pro kreativní řešení problémů,
- rozvoj schopnosti organizace a plánování,
- schopnost integrace a syntenze části do celků
- rozvoj dovednosti zaznamenat a sdílet vlastní prožitky a myšlenky. (Břicháčková, Vilímek, 2008)

Poslech hudby nebo jiných hudebních útvarů. Klient nemusí být během poslechu pasivní, ale během poslechu nebo následně verbálně či neverbálně reaguje. Hudba je zpravidla živě hraná muzikoterapeutem nebo reprodukována, instrumentální nebo vokální.

Mezi cíle receptivní (poslechové) muzikoterapie patří:

- rozvoj schopnosti naslouchání,
- evokace specificky tělesných reakcí,
- relaxace nebo stimulace jedince,
- rozvoj sluchových a motorických dovedností. (Kantor, Lipský, Weber 2009)

1.2.4. Současné modely v muzikoterapii využívané u dětí s autismem

Muzikoterapeutický model, jak uvádí Kantor (2010), specifikuje jak použít jednotlivé muzikoterapeutické metody pro určité skupiny klientů. Zahrnuje např. teoretickou orientaci, indikace, kontraindikace a určité procedurální kroky. Existuje obrovská řada modelů aplikovaných v muzikoterapii, ale jen málo z nich je možné využít při práci s lidmi s autismem díky specifikám, které toto postižení přináší. V praxi muzikoterapeutů se však osvědčily následující modely práce:

a) Kreativní muzikoterapie (metoda Nordoff&Robbins)

Tento muzikoterapeutický přístup klade důraz na využití hudební improvizace při hře na klavír za účasti klienta a dvou muzikoterapeutů. Jeden z nich je po celou dobu setkání u klavíru (nebo kytary) a improvizuje na základě interakce probíhající mezi všemi zúčastněnými. Mluvené slovo se pokud možno vůbec nepoužívá. Tato forma muzikoterapie je primárně zaměřena na rozvoj komunikace mezi klientem a terapeutem v kontextu společné hudební zkušenosti. (Kantor, Lipský, Weber 2009)

„Základem metody je zjištění, že nehudební chování klienta se projevuje ve způsobu jeho hudební improvizace.(...)Hudební nástroj nebo jiný výrazový prostředek zastupuje hráčovo alter ego, v němž dochází k projekci pocitů, emocí, myšlenek a vnitřních stavů klientů. Prostřednictvím vokální, instrumentální nebo pohybové improvizace může klient prozkoumat a vyjádřit pocity, které je obtížné sdělit verbálně“ (Kantor in Müller, 2005, s. 176).

b) FMT metoda

Autorem této neuromuskulární metody, jejíž celý název je Funktionsintriakatad musikterapi, je švédský lékař Lasse Hjelm a v překladu znamená „hudební terapie se zaměřením na funkce lidského těla“. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Terapeutické setkání je náročné na koncentraci a představuje 20-25 minut efektivního hraní. Metoda je neverbální. Používají se jednoduché melodie – „kódy“ (je jich celkem 20), které terapeut hraje na klavír. Klient (v rámci FMT metody se používá označení

adept) hru na klavír doprovází na bicí nástroje za pomoci speciálních paliček. Hudba zde tvoří prostředek pro spolupráci, ne terapeutický cíl. Pro bicí nástroje se používá přibližně 30 modelů různého uspořádání (sestav) nástrojů. Postupuje se od nejjednodušších ke složitějším (šest a více nástrojů). Pomocí hry se u adepta rozvíjí motorické a smyslové funkce – zrak, sluch, hmat. Stimulující prostředí a spolupráce s terapeutem pozitivně ovlivňuje a podněcuje adeptův nervový systém.

c) Orffova muzikoterapie

Tento muzikoterapeutický model vyvinula Gertrude Orff a vychází z Orffova Schulwerku. Model má úzké spojení s vývojovou psychologií. Jejím základem je hudební improvizace, která poskytuje prostor pro kreativitu, vytváří strukturu mezi tichem a zvuky, umožňuje nové vztahy. Terapeut přijímá jakoukoliv iniciativu nebo podněty dítěte a na této úrovni s ním vytváří vzájemné interakce (izo princip). Druhá forma terapeutova jednání se nazývá provokace a přichází v okamžiku, kdy je potřeba přinést nové impulzy do terapeutické situace. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

Orffův Schulwerk využívá jednoduchého hudebního materiálu a elementární hudby, která tak umožňuje dítěti rychleji proniknout do hudební struktury, čímž klade důraz na rozvoj myšlení. Hudební nástroje využívané k instrumentální hře a improvizaci (Orffův instrumentář) mohou být bubny a bubínky, ozvučná dřívka, metalofony, xylofony, zvonkohry, činely, triangly apod. (Pipeková, Vítková, 2001)

Hlavní terapeutické cíle Orffovy muzikoterapie podle České Orffovy společnosti spadají do těchto oblastí: verbální a neverbální výrazové schopnosti, kontakt a vztah k druhým lidem, koncentrace pozornosti, sebedůvěra, vnímání a kreativita, vlastní iniciativa a samostatné jednání.

d) Volná improvizace

Tento přístup v muzikoterapii začala používat v 50. letech 20. století britská terapeutka Juliette Alvin v práci s klienty s tělesným i mentálním postižením a dětmi s autismem.

Model vychází z myšlenky, že hudba má sílu objevovat pohled na skryté věci a člověk tak může vidět a poznat sám sebe skrze hudbu, kterou vytváří. Základem metody je

volná improvizace, v níž není nic předem dáno – nástroje, hudební prostředky a vokální produkce je možné libovolně využívat. Terapeut nestanovuje žádná hudební pravidla, průběh sezení se řídí pouze potřebami klienta. Velký důraz je kladen na vztah mezi terapeutem a klientem a zejména pak na proces navazování jejich vztahu. Vše se děje pomocí hudby. Nejprve vznikne vztah hudební nástroj-klient a na základě něho dochází k rozvoji vztahu klient-terapeut. Cílem práce je naslouchání a vytváření společných hudebních zkušeností s klientem. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

e) Vlastní terapeutický model Tomáše Procházky

Tento terapeutický přístup, jehož autorem je muzikoterapeut Tomáš Procházka, se uplatňuje nejvíce v práci s klienty v ústavním zařízení a vychází z koncepce celostní muzikoterapie (vedle působení muzikoterapeutických prostředků cíleně používá mnoha dalších metod a forem terapeutické práce). Klade velký důraz na terapeutický vztah, individuální podporu, dobrovolnost a nedirektivní přístup. Slouží k naplňování přirozených potřeb klientů a potřeb vyplývajících z konfliktů ústavní péče.

Vlastní muzikoterapeutické setkání začíná zpravidla abreakcí (formou tzv. zvukového ventilu, pomocí spontánní hry na velké bicí nástroje), která je prostředkem pro uvolnění momentální zátěže. Postupným vývojem program směřuje k relaxaci, která tvoří druhý protipól setkání. V průběhu se využívá další řada prvků jako dechová cvičení a hlasové techniky, dotekové techniky, práce s etnickými a Orffovými nástroji, pohybové hry s hudbou, harmonizační cvičení, prvky bazální stimulace apod.

Terapie se odehrává ve speciálně vybaveném muzikoterapeutickém ateliéru vyloženém měkkým kobercem, na stropě jsou látky v neutrálních barvách, celé prostředí vytváří pocit bezpečí. Součástí ateliéru je kvalitní audiotechnika, reflektory umožňující měnit atmosféru místnosti a světelnou intenzitu, relaxační a rehabilitační pomůcky a vibrační lůžko. (Procházka in Kantor, Lipský, Weber, 2009)

1.3. Využití terapeutického působení hudby při práci s dětmi s autismem

Pozitivní vztah k hudbě pozorujeme u většiny dětí s autismem. V případě těžkého deficitu v komunikačních funkcích můžeme u těchto dětí hudbu používat jako univerzální dorozumívací prostředek. Hudba má jednu nesmírně významnou vlastnost, a to, že jí porozumí každý bez ohledu na mentální úroveň nebo stupeň postižení. Hudba totiž nepoužívá složitý řečový kód a tvoří tak přímé propojení člověka s jeho prožíváním a následně i s jeho okolím.

1.3.1. Terapeutické působení hudby na člověka

Hudba má tyto své hlavní složky: melodii, harmonii, rytmus, barvu, dynamiku, tempo a metrum. Materiálem hudby jsou především tóny, ale zahrnujeme sem i jiné zvuky: šramot, šelest, lomoz atd. K hudbě dále patří i pomlky (pauzy), můžeme tedy terapeuticky pracovat s tichem jako s nulovou hodnotou, s níž je nutno v hudbě rovněž počítat. (Linka, 1997)

Poslech hudby vyvolává v člověku jisté somatické a psychické procesy. Člověk vnitřně prožívá a pociťuje působení hudby. Hudba v nás vyvolává city, pocity, nálady afekty a současně ovlivňuje i nejdůležitější vegetativní funkce, vytváření hlasu a řeči, jako i vlastní hudební aktivitu. (Mátejová, Mašura, 1992)

Léčebného účinku hudby si všimli již staří Řekové a v současné době se terapeuticky využívá hudba v psychiatrii (léčba neuróz a funkčních poruch), při koktavosti a jiných poruchách řeči, u specifických poruch učení a chování atd. Zklidňujícího účinku hudby se používá pro zmírnění pooperačních bolestí, usnadňuje aplikaci narkózy, používá se v gynekologii a porodnictví. Významnou roli hraje i v oblasti edukace, osvědčila se při léčbě alkoholismu a jiných toxikománií. (Marek, 2000)

Bylo by chybné myslet si, že terapeutická hudba je pouze relaxační hudba s přírodními zvuky v pozadí. S ohledem na terapeutické působení je možné rozlišit následující rozdělení hudby:

- 1) Uklidňující – má volné nebo mírné tempo s nízkou úrovní hlasitosti a bez dynamických kontrastů, vyznačuje se plynulostí melodie a rytmu a absencí nástrojů s pronikavou, ostrou barvou.
- 2) Aktivizující – hudba v rychlejším tempu s velkými melodickými, rytmickými a dynamickými rozdíly. K tomu se přidává kontrastující melodika, protichůdná témata. Využívá se hudba se zpěvem. (Romanowská, 2005)

1.3.2. Vnímání hudby a zvuků dětmi s autismem

Naprosto stěžejní roli pro efektivitu muzikoterapie u dětí s autismem hraje výběr hudby pro terapeutická sezení. Vzhledem ke komunikační bariéře není ale úplně jednoduché rozpoznat klientovy hudební preference v krátkém čase. Zpravidla tedy několik prvních sezení terapeut zkouší různé hudební formy a žánry, výběr nástrojů apod., a spoléhá na projev klientovy libosti či nelibosti neverbálním způsobem.

Nelze obecně určit, jaký typ hudby mají děti s autismem rády. Vše je v této oblasti vysoce individuální.

Oblast vnímání hudby je spojena s celkovým vnímáním zvuků. Osoby s autismem jsou oproti intaktní populaci citlivější na vnímání různých podnětů, zejména v oblasti sluchové a taktilní. Děti s autismem mohou být přecitlivělé na zvuky, které běžně lidem nevadí nebo mohou vnímat zvuky i v úplně minimální intenzitě. Určité zvuky může dítě s autismem vnímat až bolestivě. V takovém případě nastává reakce ve formě zakrývání uší, paniky, útěku či agresivních projevů. (Thorová, 2006)

Muzikoterapie s sebou přináší i určitá rizika. Linka (1997) v takových případech hovoří o tzv. muzikopatogenii. Lze do ní zahrnout takové hudební působení, kdy recipovaná hudba neúnosně ruší, nepříjemně dráždí, obtěžuje. Může to být z následujících důvodů: nevyhovující hudba, hudba špatně interpretovaná nebo reprodukováná, hudba příliš hlasitá nebo nadměrně dávkovaná.

Lze tedy říci, že muzikoterapii má význam indikovat pouze u dětí, které mají pozitivní vztah k hudbě. Vhodnost muzikoterapie je nutné zvážit u těch klientů, kterým tato forma terapie v minulosti nepomohla a kteří jí nedůvěřují.

1.3.3. Další aspekty muzikoterapie dětí s autismem

Kromě hudby je třeba zahrnout do muzikoterapeutické práce ještě další důležité aspekty, které nesmíme při práci s dětmi s autismem opomenout. Jsou jimi vztah mezi terapeutem a klientem, prostředí vhodné pro muzikoterapii, význam barev a výběr hudebních nástrojů.

1.3.3.1. Muzikoterapeutický vztah

Muzikoterapie je vždy opřena o pevný a bytostný vztah klienta s muzikoterapeutem. Tento vztah hraje v terapii klíčovou roli a vzniká postupně. Mezi oběma stranami by měly být vzájemné sympatie a vstřícnost.

V muzikoterapii je podstatný vztah na třech úrovních: klient-hudba-terapeut. Terapeut zde hraje roli prostředníka, zprostředkovává klientovi prožitky hudebního i nehudebního charakteru. Podněcuje v klientovi aktivitu, nabízí možnosti projevu a seberealizace. Terapeut má za úkol vytvořit pro klienta bezpečné, jasné prostředí plné důvěry a podpory. Používá pozitivní přístup. Součástí terapeutovy osobnosti je autenticita, akceptace (bezpodmínečné přijetí), empatie a kreativita.

Zkušený muzikoterapeut dětí s autismem by měl znát problematiku tohoto postižení. Je žádoucí poznat klienta a jeho individuální projevy a zvláštnosti, být v kontaktu s jeho rodiči a učiteli. Na začátku terapeutického působení vytváří muzikoterapeut individuální plán terapie, stanoví jeho cíle a prostředky, plán průběžně vyhodnocuje.

1.3.3.2. Prostředí

Děti s autismem potřebují k pochopení událostí ve svém životě pravidla a jistoty. Je proto dobré uspořádat jim činnosti a chod dne do určité struktury, aby si mohly snáze uvědomit *kdy, kde, co, jak, jak dlouho* budou vykonávat. Pomocí jednoznačně viditelného uspořádání prostředí, času a jednotlivých činností dosáhnou lepší orientace a tím se vyhneme nadměrnému stresu a problémovému chování. (Čadilová, Žampachová, 2008)

Abychom dítěti s autismem zpřehlednili posloupnost činností v rámci jednoho dne, používáme denní režim složený ze zástupných předmětů, fotografií, obrázků nebo psaného textu v závislosti na individuálních schopnostech dítěte. Dítě tak bez problému může od rána vidět, že jej například v průběhu dopoledne čeká

muzikoterapeutické setkání a počítá s tím. Je vhodné též zařazovat muzikoterapii ve stejný den v týdnu, popřípadě i stejnou hodinu.

Je důležité, abychom pro účely muzikoterapeutického setkávání s dětmi s autismem využívali stále stejnou místnost a zároveň používali tento prostor výhradně k tomuto druhu činnosti. Dítě si na základě toho spojí prostor s konkrétní činností a vyhneme se tak složitému vysvětlování a nedorozuměním.

Pro lepší pochopení struktury času v každé muzikoterapeutické jednotce můžeme využít dílčí režimové karty přímo v místnosti, kde se bude terapeutické sezení odehrávat. Po skončení každé jednotlivé fáze kartu s vyobrazením odkládáme nebo sundáváme a tím dítěti zpřehledníme, kolik času ještě setkáním stráví. Pro lepší vizualizaci je také vhodné používat barevná světla, která se s každou muzikoterapeutickou fází mění. Na začátku každého muzikoterapeutického setkávání zařazujeme rituál. Tím dáváme dítěti najevo, že má zaměřit svou pozornost, protože daná terapeutická jednotka začíná. Může se jednat o zazvonění zvonečku, pozdravení, nebo o tzv. kontaktní píseň. Podobným rituálem muzikoterapeutické setkání zakončíme.

Prostor pro muzikoterapii by měl splňovat určitá obecná kritéria. Místnost musí vyhovovat bezpečnostním a hygienickým podmínkám, terapie nesmí být rušena provozem okolí, místnost musí skýtat dostatek prostoru pro pohybové a relaxační aktivity. U klientů s autismem nesmíme zapomínat na zbytečné rozptylování pozornosti, proto by měl být prostor prost všech rušivých vizuálních podnětů. (Kantor, Lipský, Weber, 2009)

V místnosti doporučujeme zřídit dobré ukládací prostory, abychom byli schopni nabízet jen omezený počet podnětů nutných k právě vykonávané činnosti.

1.3.3.3. Význam barev v muzikoterapii

Pro umocnění efektu můžeme v rámci muzikoterapie pracovat s barevným osvětlením. Garfieldová (1997) uvádí, že v každém zvuku je barva a v každé barvě je zvuk. Vnitřní zvuk, který nám prostřednictvím vnitřního zraku barvy přinášejí, má větší rozsah než pouze zvuk, který jsme schopni slyšet.

Každá barva na člověka působí jinak a může tak ovlivňovat celkové vnímání a prožívání klienta v průběhu terapeutické jednotky. U dětí s autismem můžou sloužit změny v barevném osvětlení také k strukturalizaci muzikoterapie. Terapeut Tomáš Procházka ve svém vlastním muzikoterapeutickém modelu využívá barvy úzce spjaté s jednotlivými fázemi terapeutického sezení. Barvy tak citlivě podporují cíle dílčích fází.

- Červená – způsobuje vzrušení, podněcuje dráždivost, stupňuje napětí, povzbuzuje duševně i fyzicky, stimuluje, dodává energii, podporuje aktivitu, odvahu, smělost.
- Žlutá – je barva radosti, štěstí, zlepšuje paměť, povzbuzuje činnost mozku a nervů, podporuje chuť k práci a dobrou náladu, odstraňuje deprese.
- Zelená – uklidňuje, dodává pocit bezpečí, naděje, tlumí duševní otřesy, pomáhá k autoregulaci, uvolňuje tenzi a zlepšuje koncentraci.
- Modrá – má tlumící účinek, vyvolává uklidnění, navozuje mírumilovnost, podporuje smysl pro sounáležitost, podporuje spokojenost.
- Fialová – způsobuje hluboké uklidnění, navozuje vnitřní harmonii, podporuje sebevědomí, je vhodná pro meditaci.

Pro účely barevné vizualizace je nutné vybavit místnost pro muzikoterapii důkladným zatemněním a speciálním osvětlením, které je vybavené dálkovým ovládačem a je možné tak měnit nejen barvy, nýbrž ovládat i jejich intenzitu a jas. Můžeme tak přizpůsobit světelné podmínky přesně potřebám každého našeho klienta.

1.3.3.4. Hudební nástroje

Výběr nástrojů pro muzikoterapii je čistě individuálního charakteru podle preferencí klienta. V první fázi terapie bychom měli nabízet dítěti ze širokého spektra různých rytmických i melodických nástrojů a formou pozorování sledovat jeho reakce. Důležitým předpokladem pro používání jednotlivých nástrojů je motorická úroveň dítěte. Nesmíme opomenout fakt, že některé děti s autismem mohou vykazovat velkou precitlivělost ve sluchovém vnímání. Významnou roli pro volbu nástrojů hrají i reference ze strany rodičů a okolí dítěte.

V muzikoterapii se objevují nejrůznější hudební nástroje, které pro přehlednost Kantor (in Müller, 2005) rozděluje do několika skupin:

- tradiční západní nástroje – nejčastěji jsou požívané klavír a kytara, které využívá terapeut převážně pro receptivní (poslechovou) formu muzikoterapie.

Nástroje Orffova instrumentáře (zejména ozvučná dřívka, prstové činelky, triangel, tamburína, rumbakoule, bubínky, metalofon a xylofon) se výborně osvědčily v muzikoterapeutické praxi a těší se oblibě u dětí s autismem. Pro dechová cvičení využíváme i flétny a foukací harmoniku.

- o etnické nástroje – nejvíce využívané jsou rytmické nástroje perkusivního charakteru jako bonga, šamanské bubny, africké djembe, ocean drum, deštné hole a tibetské misky.
- o vlastnoručně vyráběné nástroje – k těmto nástrojům mají klienti nejbližší vztah, jejich nevýhodou je ale rychlé opotřebení. Mezi nejsnáze zhotovitelné nástroje patří různá chrastítka a štěrchadla, zavěšené přírodniny, trubičky a bubínky ze recyklovaného plastového či papírového materiálu.

Nejvhodnějším postupem je v průběhu terapeutické práce nezahlcovat dítě přílišným množstvím hudebních nástrojů, nýbrž začít s jedním či dvěma a jejich řadu během terapeutického procesu doplňovat a obměňovat.

Hru na hudební nástroje můžeme doplňovat o tzv. hru na tělo (tleskání, pleskání, dupání), která rozvíjí motorické schopnosti dítěte, smysl pro rytmus a orientaci v jeho tělesném schématu (Pokorná, 1982)

1.3.4. Rozvoj komunikace pomocí hudby

„Souvislost hudby a řeči je založená na společných akustických a výrazových elementech, které představují rytmus, melodii, harmonii, hlasitost, dynamiku, přízvuk a prozódii“ (Mátejová, Mašura, 1980, s. 23).

Hudba jako svérázný jev se zřetelně odráží ve struktuře jazyka. Hudební a jazyková struktura se střetávají, přičemž část jazykových jevů zrcadlících hudební vlastnosti, má všeobecnou formu. Hudbou je často možné vyjádřit to, co se nedá vyjádřit slovem. Pomocí hudby je možné vytvářet komunikaci. (Mátejová, Mašura, 1980)

Hudba nevyžaduje porozumění a chápání abstraktních procesů, hudební sdělování je přímé a zřetelné. Komunikace pomocí hudby je tedy pro osoby s autismem daleko jednodušší a jasnější než verbální dorozumívání.

Muzikoterapie má v oblasti rozvoje komunikace u dětí s autismem své nezastupitelné místo. Muzikoterapeutický proces díky svému rituálnímu charakteru vyvolává pocit bezpečí, dítě se tak může cítit uvolněně a lépe spolupracuje. Vlivem hudebních prostředků v průběhu terapie nalézá dítě s autismem cestu ven ze svého uzavřeného

světa, navazuje kontakt s terapeutem a poté i s ostatními dětmi v terapeutické skupině. Pomocí celé řady technik, aplikovaných v průběhu muzikoterapeutických setkávání, může docházet i u nemluvicích dětí k velkým pokrokům v oblasti expresivní komunikace. Dítě rozvíjí motoriku mluvidel, pracuje s dechem, učí se vokalizovat a vnímat svůj hlas.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Cíle a metody šetření

Cílem této práce je analyzovat vliv muzikoterapie na rozvoj dětí s autismem. Dále pak vytvoření teorie o začlenění muzikoterapie do individuálního výchovně vzdělávacího plánu dětí s autismem na základní škole speciální. Dílčím cílem je seznámit veřejnost s možnostmi muzikoterapeutických programů a nastínit možnosti struktury terapeutických sezení určených pro žáky s autismem. A v neposlední řadě též dokázat, že lze pomocí muzikoterapie ovlivňovat u těchto dětí vývoj komunikačních schopností.

K naplnění výše uvedených cílů jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumného šetření. Z celé řady výzkumných technik jsem pro tuto práci použila systematické pozorování, rozbor dokumentů a odborné literatury a případové studie.

Fáze pozorování probíhala od ledna 2011 do ledna 2012.

2.2. Popis zařízení

Základní škola speciální a praktická škola Rooseveltova se nachází v Praze - Bubenči a její součástí jsou detašované třídy, umístěné v Alžírské ulici v Praze 6, v areálu Dětského centra Paprsek. Detašované pracoviště vzniklo na podzim roku 1992. Původně bylo určeno především pro žáky s autismem a mentálním postižením. V roce 2006 proběhla kompletní rekonstrukce objektu včetně nástavby nového patra, díky které se dnes v této škole mohou vzdělávat i děti s kombinací těžkého tělesného, mentálního a smyslového postižení. V krásném dvoupodlažním pavilonu se nacházejí 3 třídy, jídelna, kuchyň, herna, tělocvična, výtvarná dílna, kancelář a rehabilitační místnost. Třídy jsou vybaveny nábytkem vytvořeným na míru dle speciálních potřeb žáků s těžkým zdravotním postižením.

V současnosti školu navštěvuje 23 žáků, kteří jsou rozděleni do 4 tříd (jedna třída je součástí stacionáře DAR).

Dvě třídy jsou určeny pro děti s autismem mladšího školního věku (6-10 let) a slouží jako příprava na další vzdělávání v kmenové Základní škole speciální. Tyto třídy navštěvují žáci s autismem a jinými pervazivními vývojovými poruchami v kombinaci s mentálním postižením, epilepsií či smyslovými vadami.

Cílem práce je dát dětem dobrý základ pro postup do dalších tříd v hlavní budově školy i pro budoucí život. Edukační činnost je zaštiťována Školním vzdělávacím programem „Učíme se pro život“, který vychází z Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální a Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně. Pedagogická činnost se zaměřuje především na rozvoj komunikačních schopností, sociální adaptability, sebeobslužných dovedností, trénování kognitivních a perceptivních funkcí, jemné i hrubé motoriky. To vše s velkým důrazem na samostatnost.

Práce ve třídách pro děti s autismem probíhá dle zásad strukturovaného vyučování, což obnáší fyzickou organizaci prostoru, časový plán a vizuální strukturalizaci. Tento systém je pro děti přehledný a díky tomu dobře srozumitelný. Každé dítě s autismem má jiné specifické rysy, vlastnosti a potřeby, proto je v práci s nimi uplatňován individuální přístup. Tým odborníků sestavuje individuální výchovně vzdělávací plán v úzké spolupráci s rodinou (pravidelné individuální pohovory, kdy je konzultován a doplňován individuální plán každého dítěte). Každému žákovi je volen vhodný typ systému komunikace, pracovní podmínky a struktura prostředí. Pro doplnění výchovně vzdělávacího programu je ve škole možnost odpoledního kroužku canisterapie, jeden den v týdnu se děti ze všech tříd účastní hipoterapie a jednou za týden probíhá v rámci dopoledního vyučování aktivní skupinová muzikoterapie pro děti s autismem.

2.3. Místnost pro muzikoterapii

Místnost je koncipovaná jako multifunkční ateliér pro práci s prožitkovými terapiemi, metodou snoezelen a multisenzorickou stimulací. Projekt navrhl zkušený terapeut Tomáš Procházka ve spolupráci s architektkou Marií Procházkovou podle vzoru muzikoterapeutického ateliéru v DÚSP v Tlokově.

Místnost je situována v samostatném křídle budovy školy, v těsné blízkosti jejího vchodu. Z tohoto důvodu je v části sousedící se vstupní chodbou vytvořena předsíň, která má odhlučňovací funkci a zároveň slouží jako šatna. Je zde umístěna lavička, odkládací police a umyvadlo. Hlavní prostor ateliéru je od předsíně oddělen vysouvacími dveřmi.

V zádveří ateliéru je malá místnost pro hudební nástroje a další pomůcky, která je opatřena závěsem. Zbývajících částí interiéru, který vytváří prostor pro samotný muzikoterapeutický proces, má výměru cca 17 m². V zadní části tohoto prostoru je

vyvýšené pódium se zabudovaným vibračním lůžkem (viz. Obr. č. 1 v příloze), sloužícím k multisenzoriálnímu vnímání zvuků a hudby. Prostor pódia tvoří asi jednu třetinu ateliéru a je možný jej od zbytku místnosti oddělit závěsy a vytvořit tak intimní prostředí pro individuální práci. Konstrukce pódia je ze dřeva a po stranách je prostor vymezen pevnými plochami pro uložení hudebních nástrojů a audiotechniku. Celá plocha pódia i zbytek prostoru je pokryt měkkým kobercem ve světle béžové barvě.

Interiér je pojat jako volný prostor bez prvků, které by zbytečně poutaly pozornost dětí a rušily tak průběh terapeutického procesu. Pomocí měkkého, na dotek příjemného koberce, stěn a podhledu z látek v neutrálních barvách, které tvoří dojem baldachýnu, je tvořen kompaktní prostor navozující pocit bezpečí.

Součástí ateliéru je dále kvalitní audiotechnika a tři reflektory umožňující pomocí rozptýleného světla měnit atmosféru místnosti, barevnost a světelnou intenzitu (viz. Obr. č. 2 v příloze). Toto zařízení funguje na dálkové bezdrátové ovládání, umožňující systémově ovládat všechny reflektory.

V úložném prostoru v zádveři ateliéru jsou uloženy relaxační a rehabilitační pomůcky a větší hudební nástroje jako kytara, klávesy, bonga, djembe, deštná hůl a další. Zbytek nástrojů se nachází v úložném prostoru pod deskami vedle pódia. Najdeme zde nástroje Orffova instrumentáře (bubínky, ozvučná dřívka, triangel, činelky, rumbakoule, tamburína, rolničky). Současně je to i prostor pro úschovu osobních pomůcek a materiálů pracovníku, kteří zde terapii vykonávají.

2.4. Případové studie

Pro účely pozorování v muzikoterapeutickém procesu jsem zvolila 3 žáky - 2 chlapce a jednu dívku, kteří navštěvují muzikoterapeutická sezení druhým rokem. Jsou to žáci s dětským autismem a středně těžkým mentálním postižením. Jeden chlapec má ještě přidružené smyslové postižení. Všichni navštěvují třídy s autismem v Alžírské ulici.

Jak naznačují případové studie, všichni tři žáci splňují diagnostická kritéria poruch autistického spektra v podobě triády problémových oblastí: sociální interakce a sociální chování, komunikace a představivost a zájmy. Sociální interakce jsou zasažené zejména na úrovni problematického navazování sociálních kontaktů, neschopnosti porozumět sociálnímu chování druhých lidí a obtížemi v adaptaci. Oblast komunikace je u všech třech žáků narušena v různé míře. Ani jedno z dětí nemá rozvinutou řeč na funkční verbální úrovni, dorozumívají se alternativní formou komunikace. Dále můžeme

pozorovat u těchto dětí potíže s představivostí a nápodobou, snahu o stálost prostředí a neměnnou posloupnost činností.

ALENA

Věk: 10 let

Diagnóza: Dětský autismus F 840, středně těžká mentální retardace.

Rodinná anamnéza: Alena pochází z bilingvní rodiny. Otec (1962) pochází ze Senegalu, pracuje jako letecký inženýr ve Francii, rodinu navštěvuje dvakrát do měsíce. Alena žije s matkou (1975), sourozence nemá. Rodiče jsou zdraví. Alena se narodila ve Velké Británii, kde žila s rodiči do svých šesti let, docházela zde do předškolního zařízení.

Osobní anamnéza: těhotenství proběhlo bez komplikací, porod na konci 8. měsíce. Porod v Londýně, spontánně záhlavím, protrahovaný s pomocí epidurální anestezie. Porodní míry 3200g/56cm. Po porodu Alena nekřičela, byla promodralá, nebyla kříšena. Zpočátku byla Alena velmi spavá, nesála, mléko přijímala po lžičkách, později z lahve. První tři týdny se jevila jako klidné, spavé dítě. Ve třech týdnech antibiotika, po nich se objevilo zvracení, křik. Ve 2 měsících nepříznivá reakce na očkování (otok, zvracení, horečky). Psychomotorický neklid, objevil se strabismus. V 6 měsících vyšetření na neurologii, konstatována svalová hypotonie a doporučeno cvičení Vojtovou metodou. V 15 měsících se u Aleny objevily některé projevy typické pro autismus, pediatr v Londýně však toto podezření vyvrátil. Vývoj naznačoval středně těžkou mentální retardaci. Od jednoho roku žvatlala, zvládla jednoduchá slova, od dvou let se vývoj řeči zastavil, Alena nemluví, používá jen zvuky. Od září 2005 začala navštěvovat speciální předškolní zařízení, ve kterém se pracovalo metodou strukturovaného vyučování, učila se komunikovat prostřednictvím výměnného obrázkového systému PECS. V lednu 2006 diagnostikován dětský autismus, návrh na odklad školní docházky. Na doporučení APLA nastoupila Alena v září 2009 do prvního ročníku v Základní škole speciální, do jedné ze dvou tříd pro děti s autismem v detašovaném pracovišti Alžírská.

Školní prostředí: Alena navštěvuje třídu pro děti s autismem třetím rokem. Pracuje podle principů strukturovaného učení, používá režimové karty s tištěným textem, výborně se orientuje v prostorách školy.

Alena nemluví, pracuje s komunikační knihou metodou výměnného obrázkového systému VOKS. V současné době používá ke komunikaci větný proužek, na který vyskládá za pomoci zásoby obrázků z komunikační knihy rozvité věty. Aktivně kontaktuje komunikačního partnera. Dále ke komunikaci používá gesta a znaky, vytváří si i znaky vlastní. Komentuje dění ve třídě. Pro označení oblíbených osob a věcí používá počáteční písmena obouruční prstové abecedy. Úroveň její receptivní řeči je velmi dobrá. Oční kontakt navazuje s latencí. V současné době vysloví slovo „máma“, hodně vokalizuje, snaží se napodobovat zvuky zvířat.

Alena se učí číst globální metodou, zná písmena, předměty spočítá do deseti, rozlišuje základní geometrické tvary, pozná a pojmenuje základní barvy.

Zdokonaluje se v sociálních dovednostech, přesto je v kontaktu s dospělým někdy dotěrná. Má ráda kolektiv dětí, do hry se ale většinou nezapojuje, spíše pozoruje ostatní. Alena velmi silně prožívá libost a nelibost, v těchto chvílích dokáže být velice hlučná. Učí se pracovat se svými emocemi.

Ve všech sebeobslužných činnostech vyžaduje neustálé povzbuzování, její tempo je velice pomalé díky nadměrným tělesným proporcím. Jakákoliv fyzická aktivita je pro Alenu velice namáhavá, brání se každé změně polohy těla.

Alena má ráda výtvarné aktivity, kde dokáže uplatnit svou kreativitu, užívá si práci s temperovými barvami. Baví ji procházky, turistika. Ráda se dívá na pohádky v televizi, skládá domečky z Lega.

DANIEL

Věk: 10 let

Diagnóza: dětský autismus F840, septo-optická dysplazie Q044, Hypopituitarismus E230, Hypothyreosa E039, porucha visu H539, středně těžká percepční nedoslýchavost, jednostranná (P) H904, spodní hranice pásma lehké mentální retardace.

Rodinná anamnéza: Daniel pochází z úplné bilingvní podnětné rodiny. Matka (1970), SŠ, pracuje jako překladatelka. Otec (1972) je italského původu, SŠ, podnikatel. Oba rodiče zdraví. Má jednoho zdravého bratra (2006). Rodina žije v Praze, v rodinném domě se zahradou.

Osobní anamnéza: Matka ve 4. měsíci gravidity hospitalizována pro předčasné otevírání porodních cest. Porod předčasný, ve 31. týdnu s porodními mírami 2170g/45cm. Výrazná nezralost plodu, nutnost pobytu v inkubátoru asi na 2 měsíce, fototerapie. Daniel byl kojen 2-3 měsíce, příkrmován. Jako kojenec byl neklidný, špatně spal. Měl opožděný psychomotorický vývoj, začal chodit ve 2,5 letech. První slova se objevují ve 4 letech, ale řeč se na expresivní úrovni nerozvinula, srozumitelně vysloví jen několik slov. Prodělal opakované chřipky, angíny. V prosinci 2006 se objevil ojedinělý epileptický záchvat, hospitalizován na neurologii se závěrem septo-optická dysplazie, dysplazie hemisfér vlevo, hypothyreóza, porucha sluchu vpravo, porucha vizu, pomalý rotační nystagmus, poruchy spánku (léčba melatoninem). Od roku 2007 léčen růstovým hormonem a Hydrokortizonem pro deficit kontraregulačních hormonů. V roce 2006 vyšetření v APLA se závěrem dětský autismus. Daniel docházel jeden rok do MŠ pro zrakově postižené, od září 2007 navštěvoval MŠ pro děti s autismem. Od září 2009 nastoupil povinnou školní docházku do Základní školy speciální, do třídy pro děti s autismem.

Školní prostředí: Daniel dochází do Základní školy speciální třetím rokem, navštěvuje třídu pro děti s autismem. Tato třída je pro 6 dětí, o které pečují dvě učitelky a jedna asistentka. Od příštího školního roku bude přestupovat do kmenové školy, na přechod se těší. V budově školy se Daniel výborně orientuje, samostatně dojde na určené místo. Pro zpřehlednění časových posloupností v průběhu dne používá režimové karty složené z obrázku a slova. Karty s sebou nenosí, po skončení činnosti si je u svého režimu pouze odlepí a uklidí.

Daniel má velmi špatnou výslovnost. I přesto se ale hodně snaží a v komunikaci je aktivní, opakuje a učí se nová slova. Úroveň receptivní složky řeči je velmi dobrá. Používá komunikační knihu podle principů VOKS. Na větný proužek seskládá pomocí obrázků větu. Tuto techniku výborně ovládá. Při kontaktování komunikačního partnera pak celou větu na větném proužku přečte. Používá znaky pro jednotlivé činnosti školního dne.

Daniel čte globální metodou, pozná a pojmenuje písmena abecedy. Třídí obrázky podle více kritérií (např. barva a tvar), skládá vícedílné a stínové obrázky. Poznává číslice do pěti, skládá vzestupnou číselnou řadu do pěti.

Daniel má rád pohybové aktivity, kde vyniká svou obratností, rychle se učí novým cvičebními prvky. Jezdí na kole, lyžích, kolečkových bruslích. Dobře zvládá manipulaci s míčem. Má výbornou pohybovou nápodobu. S malou dopomocí zvládne většinu sebeobslužných dovedností.

V poslední době překonává odpor k materiálům, které mu mohou zašpinit ruce. Ve výtvarné výchově se tak s oblibou věnuje práci s keramickou hlinou, výborně se u této činnosti odreaguje.

Daniel má velmi výbušnou povahu, často ho rozhořčí i maličkosti. Objevuje se u něj problémové chování jako plivání, trhání trička, kopání, štípání. Toto chování je nasměrováno na zdroj jeho zloby, bez ohledu zda se jedná o spolužáky, rodinu nebo učitele. V tomto okamžiku na něj platí vykazání z kolektivu. Velmi účinné je pak v klidném prostředí vysvětlení situace.

Daniel trpí častými pohybovými stereotypy. Kroutí hlavou, třepá rukama a nohama. V těchto chvílích není schopen vnímat dění kolem sebe, proto se zaměřujeme na omezení takového chování.

JONÁŠ

Věk: 6 let

Diagnóza: Dětský autismus F 840, spodní hrance lehké mentální retardace.

Rodinná anamnéza: Jonáš pochází z úplné, funkční rodiny. Rodiče chlapce výborně stimulují a akceptují. Matka (1976), SOU, toho času nezaměstnaná. Otec (1972), VŠ, pracuje jako programátor. Oba rodiče jsou zdraví. Sourozence nemá. Spolupráce se širší rodinou je díky diagnóze Jonáše problematická, nepřijala chlapcovo postižení, neví jak k němu přistupovat. Rodina žije v Kladně.

Osobní anamnéza: Riziková gravidita, na počátku těhotenství matka hospitalizována pro podezření na mimoděložní těhotenství. V 7. měsíci těhotenství trpěla matka

dechovou nedostatečností, omdlévala, dva týdny hospitalizována, bez nálezu. Porod proběhl v termínu (39. týden), spontánně, záhlavím. Porodní míry 2720g/46cm. Druhý den po porodu přestal Jonáš sát, neprosplával, hospitalizován na JIP pro počínající novorozeneckou sepsi, léčen antibiotiky. Kojen 9 měsíců. Jako kojenec byl klidný, dobře spal. První slova začal Jonáš používat v 11 měsících, poté stagnace ve vývoji řeči. Od 2 let věku problémy s chronickou zácpou, opakovaně hospitalizován, aplikace klystýrů. Problémy v adaptaci, psychomotorický vývoj výrazně nerovnoměrný, objevuje se negativismus, pohybové stereotypie, velké konzervativnosti v jídle a pití. V roce 2008 vyšetření v APLA se závěrem dětský autismus dle adaptability nízký až středně funkční, porucha pozornosti, smíšená porucha řeči. V současné době v logopedické péči v Centru augmentativní a alternativní komunikace. Jonáš nenavštěvoval žádné předškolní zařízení, v září 2010, ve svých pěti letech, nastoupil do přípravného stupně Základní školy speciální, do třídy pro děti s autismem.

Školní prostředí: Jonáš navštěvuje Základní školu speciální druhým rokem, nastoupil v loňském roce jako pětiletý. Jeho rodiče jsou velmi aktivní, syna dobře stimulují a rozvíjejí jeho schopnosti. Jonáš si na prostředí školy dobře zvykl, orientuje se zde bez problémů. Má velice rychlé tempo. Ať už při přesunech po škole nebo v pracovních činnostech a učení. Je proto nutné jej neustále zpomalovat.

Jonáš nastoupil do školy jako nemluivý, trpěl selektivním mutismem. Doma se s rodiči dorozuměl, i když se často projevoval echolalicky. Ve školním prostředí začal používat komunikační knihu s větným proužkem. Manipulaci s knihou i principu komunikace pomocí výměny rychle porozuměl. Práce s komunikační knihou usnadňuje porozumění řeči, které má Jonáš na velmi špatné úrovni. V letošním roce došlo u Jonáše k výraznému zlepšení v řeči. Má lepší mluvní projev, mluví hlasitěji, má větší slovní zásobu.

Jonáš čte známá slova globální metodou, k obrázku se slovním označením přiřadí stejné slovo. Třídí obrázky podle barvy, tvaru a velikosti. Zvládne i úkoly na logické myšlení. Navléká korálky podle vzoru, skládá puzzle. Rád dělá grafomotorická cvičení, je velice pečlivý a má dobré držení psacího náčiní. Jeho oblíbenou činností je nácvik společenských her.

Jonáš vyniká ve všech pohybových činnostech. Zvládne cvičení na nářadí, manipulaci s míčem, jezdí na kole. S oblibou se houpe v síti. Ve škole se účastní hipoterapie, canisterapie a bazální stimulace.

Jonáš špatně zvládá jízdu MHD, pobyt v neznámém prostředí, velký kolektiv lidí, hluk. Je velmi konzervativní v jídle, dříve pil pouze jeden druh nápoje. Se vstupem do školy se toto velmi zlepšilo, Jonáš si rozšiřuje repertoár jídla a pití, v současné době sní k obědu malou dětskou porci. Učí se pracovat v kolektivu a přiměřeně reagovat na okolní podněty. Ovládá základy společenského chování (poprosit, poděkovat, pozdravit).

Jonáš je šikovný, milý a veselý chlapec. Ve všech činnostech je samostatný, učí se pracovat podle slovních pokynů. Při stolování si připraví a následně i uklidí pracovní místo, začal jíst příborem. Ve škole si osvojil používání WC, tuto dovednost později přenesl i do domácího prostředí. Jediným přetrvávajícím problémem v této oblasti zůstávají chronické zácpy.

2.5. Individuální plány terapie

Každému dítěti, které se účastní muzikoterapeutického procesu je v začátku školního roku vypracován individuální plán terapie. Vytváření takového plánu je dlouhodobější proces, zpravidla mu předchází jeden až dva měsíce pozorování dítěte při muzikoterapeutických aktivitách. Individuální plán je zaměřen na oblast senzomotorických funkcí, kognitivních dovedností, komunikaci, emoce a sociální dovednosti.

ALENA

Senzomotorické funkce: zvýšení tělesné aktivity, koordinace pohybů těla, zvládat změny polohy těla, procvičovat rovnováhu, pravolevou orientaci, koordinace práce obou rukou a dolních končetin, vytrvalost, pohyblivost, přesnost pohybů, sledování prováděné činnosti zrakem (koordinace oko-ruka), motoricky ovládat rytmické nástroje (správný úchop, manipulace), rozeznávat zvuky nástrojů bez zrakové podpory, orientace v tělesném schématu, odstranit strach z tlumeného osvětlení.

Kognitivní dovednosti: trénování záměrné pozornosti, zaujetí pro činnost, rozvoj dlouhodobé paměti, poznávání hudebních nástrojů, zvládat klidové části sezení (relaxace, práce s tichem, dechová cvičení), rozeznávání kluk-holka, poznávat a pojmenovat základní barvy.

Komunikace: kvalitní navazování očního kontaktu, sledovat a rozeznávat neverbální komunikaci osob ve skupině, rozvoj expresivní řeči – práce s dechem, podpora zvukování, gymnastika mluvidel, vokalizace v daném rytmu.

Emoce: umět zvládat své emoce, zbavit se strachu z prostor pro muzikoterapii, eliminovat stud, podpora Aleniny kreativity, uvolnění negativních emocí.

Sociální dovednosti: vnímat ostatní děti ve skupině, spolupracovat s ostatními, umět navázat kontakt adekvátním způsobem, naučit se jemnému/mírnému doteku.

DANIEL

Senzomotorické funkce: ovládat repetitivní projevy chování (kroucení hlavou, třepání rukama), sledovat prováděnou činnost zrakem, rozvíjet jemnou motoriku, dbát na přesnost pohybů, nácvik prostorové orientace (hloubka, pravolevá orientace, vpředu x vzadu), rozvoj sluchové percepce, trénování sluchu postiženého pravého ucha, zmírnit dotykovou hypersenzitivitu.

Kognitivní funkce: podpora sekvenčního myšlení, časoprostorová orientace, rozvoj pozornosti, záměrné sledování činnosti, hra na nástroje – udržet rytmus, tempo, dynamiku, umět napodobit pohyby, trénink relaxace.

Komunikace: podnícení komunikace, zaměření na expresivní složku řeči, přesnější vyslovování mluveného, napodobování postavení mluvidel, práce s dechem – regulace proudu vydechovaného vzduchu (přerušovaně, souvisle, dlouhý x krátký výdech, foukání na cíl), nácvik správného dýchání (vhodné sezení).

Emoce: navození důvěry v terapeuta, adekvátní reakce na chování ostatních dětí ve skupině, ventilace a uvolnění energie v rušné části sezení a v poslední fázi nácvik relaxace, kontrola impulzivního jednání, odbourání pohybových stereotypů v emočně vypjatých aktivitách, regulovat přehnané emoční reakce na chování dětí.

Sociální dovednosti: zapojení se do skupinové práce, schopnost vést a následovat, vhodně navázat kontakt s druhými (nečichat dětem k rukám), adekvátně reagovat na chování dětí, umět sdílet doteky.

JONÁŠ

Senzomotorické funkce: rozvoj jemné motoriky hrou na hudební nástroje, ovládání nástrojů funkčním způsobem, vizuomotorická koordinace, podpora sluchového vnímání, ovlivňování sluchové hypersenzitivity, orientace v tělesném schématu.

Kognitivní funkce: cíleně zaměřovat pozornost, delší koncentrace pozornosti při činnostech, rozvoj rytmického cítění, rozvoj paměti, poznávání ostatních účastníků terapie, reagovat na své jméno, rozvíjet prostorovou orientaci (nahoru x dolů, vpravo x vlevo, vpředu x vzadu), napodobit jednoduchý rytmus, tempo, dynamiku, hrát podle pokynů, nácvik cílené relaxace.

Komunikace: podpora porozumění řeči, stimulace k verbálnímu projevu, mluvit nahlas a zřetelně, používat správně zájmena, naučit se ovládat svůj dech pomocí dechových cvičení, zvládat melodizace, rytmickou deklamaci slov a básní.

Emoce: zvládat své chování, nenechat se strhnout ostatními dětmi, rozvoj spontaneity, podpora sebevědomí, adekvátní emoční exprese, zmírnění úzkosti.

Sociální dovednosti: vnímat reakce a chování ostatních členů ve skupině, schopnost podřídít se, zvýšení adaptability, pocit sounáležitosti ve skupině, párová i skupinová kooperace.

2.6. Struktura muzikoterapeutického setkání

Muzikoterapie se v našem zařízení uskutečňuje jednou týdně. Setkání mají podobu aktivní skupinové muzikoterapie s edukačními a prožitkovými prvky. Formu skupinové muzikoterapie můžeme použít proto, že jsme dobře seznámeni s individuálními charakteristikami žáků, jejich diagnózou, potřebami a pracovními návyky.

Za dobu dopolední výuky se vystřídají v muzikoterapeutické místnosti tři skupiny dětí s autismem po 3-4 žácích. Skupiny jsou uzavřené. Na začátku školního roku jsou žáci pečlivě rozděleni do skupin podle stupně postižení, aktivity a celkového ladění osobností. V průběhu roku pak zůstávají skupiny ve stejném složení. Tento princip dává prostor pro systematickou práci s možností využití skupinové dynamiky. Po celou dobu muzikoterapeutické jednotky pracuje s dětmi jedna učitelka/terapeutka za pomoci asistentky, která v průběhu sezení fyzicky dopomáhá k aktivitě dětem, které to momentálně potřebují. Celková doba jednoho sezení je 40 minut.

Prostor pro muzikoterapii má své označení, děti s autismem si sem nosí svou režimovou kartu nazvanou „Nástrojky“, pomáhá jim tak myšlenkově propojit místnost s vykonávanou činností a současně pak manipulace s kartou přesně vymezuje čas od začátku do konce sezení. Po příchodu si žáci v předsínce odloží obuv a pokračují do místnosti, kde se posadí na podložky. Muzikoterapeutická sezení mají pevnou strukturu, jednotlivé fáze jdou za sebou v pevném pořadí, což evokuje rituální charakter a navozuje tak žákům pocit bezpečí. Muzikoterapeutický program obměňuje svou hlavní složku každé 3 měsíce.

1. fáze – rituál:

- Pozdravení - Učitelka se s každým žákem pozdraví podáním ruky a někdy připojí osobní vzkaz. Osobní kontakt je velmi důležitý, aby si každé dítě uvědomilo samo sebe, druhé děti i přítomnost učitelky. Protože děti ve skupinách pochází z různých tříd, tvoří tento moment v daný den často jejich první vzájemný kontakt.
- Seznámení s náplní hodiny – Při muzikoterapeutických setkáváních používáme vizuální strukturalizaci. Děje se tak pomocí obrázků připevněných kolíčky na boční závěs místnosti (viz. Obr. č. 6 v příloze). Každý obrázek představuje jednu fázi sezení, po jejím skončení učitelka nebo některé z vyzvaných dětí obrázek sundá. Na začátku každé lekce učitelka ukazuje na obrázky a seznámí tak žáky s náplní hodiny. S každou fází muzikoterapeutické jednotky se mění i barevné podsvícení místnosti.

2. fáze – rozehrání

Tato část programu je živelná, slouží k vybití energie a ventilaci negativních emocí. Zapojujeme sem hru na velký buben nebo jiné rytmické nástroje. Používáme nahrávky bubnů nebo velmi svižnou, dynamickou hudbu, která má za úkol podnítit aktivitu žáků. Děti se mohou volně pohybovat po místnosti, tančit, skákat, křičet, halekat. Někdy je činnost v této fázi lehce řízena a usměrňována učitelkou k určitému cíli. Místnost je podsvícena červenou barvou.

3. fáze – hlavní činnost

V této fázi následuje řízená činnost. Děti sedí na podložkách vedle sebe na okraji pódia nebo v kruhu na zemi. Barva světla se mění na žlutou. Zařazujeme sem hru na tělo, rytmizaci slov a písní, zpěv či řízenou hru na nástroje. Tato část má edukativní charakter.

4. fáze – dechové cvičení

Tuto část uvedeme důkladnou motivací a provádíme nácvik správného dýchání, foukání, usměrňování proudu vzduchu. Provádíme jednoduchá logopedická cvičení a gymnastiku mluvidel. K těmto účelům používáme zobcovou flétnu, foukací harmoniku, hedvábné šátky, výstřižky z jemného papíru, bublifuk, trubičky z papíru, větrníčky apod. Podsvícení místnosti je v této fázi laděné do zelena.

5. fáze – hudebně pohybová hra

Pro tuto část programu využíváme hlavní plochu místnosti mimo pódium. Za doprovodu písničky nebo básničky učíme děti hudebně pohybové hře s jednoduchými pravidly.

6. fáze – relaxace

Pro navození příjemné atmosféry podsvítíme místnost modrým tlumeným světlem a pustíme klidnou reprodukovanou hudbu nebo zvuky přírody. Děti se rozmístí k „odpočinku“ na vymezenou plochu pódia, lehnou si na záda. Doba relaxace je ohraničena jednou skladbou. Výběr skladeb v průběhu roku obměňujeme, můžeme postupně prodlužovat délku a zvykat tak žáky na delší

dobu relaxační chvíle. Pro účely hlubšího prožitku relaxace můžeme zapojit jemné dotekové a masážní techniky.

7. fáze – probuzení a ukončení hodiny

Po skončení skladby rozsvítíme žluté světlo a zesílíme jeho intenzitu. Následuje probuzení dětí básničkou a pohlazením. Děti se mohou protáhnout a přivyknout světlu. Poté zařazujeme zhodnocení hodiny formou pochvaly a zakončení lekce.

2.7. Ukázky muzikoterapeutických programů

Následující muzikoterapeutické programy byly realizovány v období leden – listopad 2011. Programů se zúčastnili všichni tři žáci, sledovaní pro účely šetření v praktické části této bakalářské práce.

Muzikoterapeutický program č. 1 (leden – březen 2011)

- 1. Pozdravení**
- 2. Seznámení s obsahem hodiny**
- 3. Rozehřátí – Bubnování v kruhu (obr. č. 8, 9 v příloze)**

Uprostřed místnosti je umístěn velký buben (bongo). Pustíme hlasitější reprodukovanou hudbu rychlého tempa. Žáci pobíhají okolo bubnu v kruhu, na výzvu mění směr. Běh můžeme prostřídat s poskoky či „žabáky“. Nakonec se děti chytí v kruhu za ruce společně s učitelkou a asistentkou a střídají směr tance v kruhu vlevo a vpravo. Buben je stále uprostřed. Na výzvu (zvolání jména) opouští dítě kruh a hraje na buben podle svého stylu. Až se všechny děti vystřídají, sednou si kolem bubnu na zem. Učitelka vyzve znovu nějakého žáka k doprostřed kruhu k bubnu, ten má za úkol hrát společně s učitelkou ve stejném stylu a rytmu (jednou rukou, obouručně, střídavě, rychle x pomalu x zrychlovat, atd.). Ostatní poslouchají, případně tleskají do rytmu hudby.

4. Hlavní část - běh koní

- Děti se posadí na podložky v kruhu na zemi.
- Motivace: učitelka položí na zem obrázek koně, vypráví žákům o koních, zazpíváme si společně písničku „Já mám koně“.
- Rozdáme dětem ozvučná dřívka a vysvětlíme podobnost zvuku dřívek se zvukem kopyt, děti zkouší zvuk napodobit.
- Poté udáme rytmus, hrajeme společně, děti postupně splynou s rytmem.
- Postupně zkoušíme rytmus obměňovat (hrajeme pomalu – kůň běží ve vysokém sněhu, má těžké nohy, běží pomalu x rychle – z koně se stalo malé hříbě, běhá vesele po louce).
- Následuje procvičování směrů (kůň jede vpravo, vlevo, nahoře, dole).
- Kůň doběhl do cíle – odložíme dřívka, zatleskáme si, každý dostane za odměnu pamlsek.

5. Dechové cvičení – foukání do sněhových vloček

- Žáci se posadí na podložky na okraj pódia.
- Učitelka vypráví o tom, co se děje v zimě, o sněhu. Vyndává ze sáčku sněhové vločky vystřížené z hedvábného papíru a fouká do nich.
- Žáci postupně postup opakují, střídají se ve foukání. Mohou vločku sfouknout z vlastní dlaně.
- Poté se pokoušíme sfoukávat vločky pomocí dlouhé papírové trubky a napodobit zvuk větrů (fůůůů) a meluzíny v komíně (hůůůů).

6. Pohybová hra Na sněhuláka

- Učitelka vyndá klobouk a vypráví si s dětmi o stavbě sněhuláka. Poté vybere žáka, kterému dá klobouk na hlavu a postaví jej na podložku – představuje sněhuláka.
- Ostatní děti společně s učitelkou a asistentkou stojí v kruhu okolo sněhuláka a drží se za ruce. Společně zpívají písničku:

- „Hop, hop, hop – vpravo, vlevo skok. Poskakujte všichni s námi, sněhuláku mezi námi! Hop, hop, hop – vpravo, vlevo v bok.“ - poskoky v kruhu,
- „Ťap, ťap, ťap – pojd' nás pochyť.“ – dupání v kruhu směrem ke sněhuláku,
- „Nohou dupni, dlaní tleskni, na kolena rychle klekni.“ – děti se pustí, v kruhu dupnou, tlesknou a kleknou si na zem,
- „Ťap, ťap, ťap, pojd' nás pochyť“ – na poslední verš sundá dítě v roli sněhuláka z hlavy klobouk a předá jej jinému žáku. Poté se hra opakuje.

7. Relaxace pod hvězdnou oblohou

Děti se položí na zem na záda, rozsvítíme u stropu sít' LED světel ve tvaru hvězdiček (viz. Obr. č. 3 v příloze), vypneme ostatní světla a pustíme uklidňující hudbu. Můžeme připojit jemným hlasem vyprávění o tom, jak na jaře taje sních, sněhulák se rozpouští a jako voda se vpíjí do země.

8. Probuzení a rozloučení

Na závěr vypojíme světélka, pustíme žluté světlo a povídáme si s dětmi o zimě. Nezapomeneme pochválit žáky za jejich práci v hodině.

Muzikoterapeutický program č. 2 (duben – červen 2011)

1. Pozdravení

2. Seznámení s obsahem hodiny

3. Rozehřátí – reakce na signál (hra X pauza)

Děti si vyberou z koše rytmický nástroj a jsou vybídnuté k volnému pohybu po prostoru. Pustíme reprodukovanou hudbu a žáci ji svým hraním doprovázejí. Mohou použít jakýkoliv pohybový projev a využívat k němu celou místnost. Při pozastavení hudby se posadí na zem a položí svůj nástroj. V tuto chvíli poslouchají, jak zní ticho. Poté znovu pustíme hudbu a postup opakujeme do skončení skladby. (obr. č. 10 v příloze)

4. Hlavní část

- Hra na tělo
 - Děti sedí na podložkách na okraji pódia
 - Učitelka ukazuje obrázky částí těla, děti je ukazují na sobě a povídají si o tom, jaké zvuky umí naše tělo tvořit (dupání, tleskání, pleskání do kolen)
 - Následuje písnička „Moje tělo, tvoje tělo, není co by neumělo“, zpívá se třikrát, pokaždé s jiným doprovodem.
- Sluchové hádanky (poznávání nástrojů podle zvuku)
 - Vyndáme z košíku rolničky a ozvučná dřívka (později můžeme vybírat ze tří nástrojů - rolničky, dřívka, vajíčko) a položíme před děti na zem. Povídáme si s dětmi o zvucích, které nástroje dělají (rolničky cinkají, dřívka ťukají). Každý žák si pak může nástroj vyzkoušet. Dětem postupně zavazujeme oči šátkem, zahrajeme na jeden z nástrojů a po rozvázání šátku děti ukazují, jaký nástroj právě hrál. (obr. č. 11 v příloze) U žáků, kteří nevydrží mít oči zavázané, volíme jiný postup. Asistent (sedí za dětmi) dostane k dispozici totožné nástroje, jaké leží před dětmi, a hraje za jejich zády.

5. Dechové cvičení s šátkem

K tomuto cvičení použijeme lehký, hedvábný šátek. Nejlépe stejný jako v předchozím cvičení.

- probouzení šátku – na šátku uděláme uzel a navlékneme jej na prst, tak z něj vytvoříme loutku. Loutka spí (uložíme si ji do náručí) a děti mají za úkol ji probudit. Používáme k tomu houkání do papírové trubky – hůůů, volání, u nemluvicích dětí jakýkoliv vokální projev.
- foukání do šátku – loutka se probouzí a v proudu vzduchu „tančí“. Pro některé děti je toto dost těžké - je potřeba použít silný proud vzduchu. V tom případě mohou hrát na foukací harmoniku a panáček z šátku jim k tomu zatančí.

6. Hudebně pohybová hra „Konvalinka“

K této hře budeme potřebovat nahrávku písničky *Konvalinka* z alba *Studánko rubínko* od skupiny Hradišťan nebo písničku v průběhu hry sami zpíváme. Na začátek sedí žáci na podložkách vedle sebe na okraji pódia. Pro motivaci jim ukážeme obrázek konvalinky, vysvětlíme, kdy roste, že voní, má zvonečky, kterými cinká. Rozdáme dětem rolničky a pustíme písničku, děti cinkají do hudby. Potom si zahrajeme na to, jak konvalinky na jaře rostou. Podložky rozmístíme po prostoru, děti si na ně sednou, každé má v ruce rolničky, ale zatím na ně nehraje (konvalinka spí). Učitelka má v ruce triangel. Pustíme (nebo začneme zpívat) písničku a procházíme se mezi dětmi. Když zazvoníme některému u hlavy lehkým úderem na triangel (sluníčko konvalinku probouzí), dítě vstane, zapojí se za učitelku, jednou rukou se drží a druhou cinká na rolničky. Postupně tak během písničky "probudíme" všechny konvalinky a procházíme se v zástupu za sebou při hře na rolničky.

7. Relaxace se sluníčkem

Pro tento typ relaxace použijeme velké papírové sluníčko, které připevníme ke stropnímu baldachýnu v místnosti. Vyzveme žáky, aby si lehli na záda a dívali se na sluníčko. Pustíme klidnou hudbu a při ní vyprávíme dětem, jak sluníčko na jaře hřeje, prohřívá jednotlivé části těla, které jsou těžké a líné. Používáme tichý, uklidňující hlas. Můžeme přitom děti hladit po těle.

8. Probuzení a zakončení hodiny

Po dohrání skladby rozsvítíme žluté světlo a „probouzíme“ žáky pomocí básničky:

„Sluníčko se probudilo, paprskama zazvonilo.

Pohladilo dětičky, zvířátka i kytíčky.

To vše udělalo jen, aby měli hezký den.“

V průběhu básničky každé dítě pohladíme. Děti se poté mohou protáhnout, pochválíme je za jejich aktivitu a popřejeme si hezký den.

Muzikoterapeutický program č. 3 (září – listopad 2011)

1. Pozdravení

2. Seznámení s obsahem hodiny

3. Rozehřátí – indiánské bubnování

Děti se pohybují volně v prostoru místnosti za doprovodu reprodukováných zvuků bubnů. Motivujeme žáky vlastní aktivitou zaměřenou na změny polohy těla a rytmu pohybu – skákání, běh, poklus, chůze, poskoky, skákání po jedné noze, otočky. Pohyb doprovázíme volným vokalizováním – indiánskými pokřiky, zpěvem, halekáním. Děti činnost napodobují a zařazují vlastní spontánní projev.

4. Hlavní část

- Děti se posadí na okraj pódia na podložky
- Poslech písničky „Pod dubem, za dubem“, zpívané učitelkou a hranou na zvonkohru. Poté děti doprovází zpěv hrou na ozvučná dřívka a rolničky.
- Učitelka použije k motivaci velký strom z papíru a vypráví o stromech na podzim a o ovoci, které na podzim na stromech dozrává.
- Děti poté postupně berou z košíčku papírová jablka nebo hrušky a připevňují je na strom. Každé poté na dřívka vyťukává slovo ja-blí-čko či hruš-ka. Činnost je ukončena, když je košíček prázdný.

5. Dechové cvičení s bublifukem (obr. č. 12 v příloze)

- Foukání do bublifuku za doprovodu básničky „Foukej, foukej, větříčku“
- Děti se vystřídají při vyfukování bublin, poté následuje vyvozování hlásky f a cvičení na intenzitu proudu vzduchu při foukání (vítr fouká silně – musí shodit velkou hrušku x slabě)

6. Pohybová hra „Na bublinu“ (obr. č. 13 v příloze)

- Děti stojí čelem do kruhu těsně vedle sebe, střídavě mezi nimi stojí učitelka a asistentka, všichni se drží za ruce.

- „*Veliká novina, přiletěla bublina.*“ – kruh se zvětšuje chůzí vzad,
- „*Bublinu si nafukujem, pěkně přitom vykračujem.*“ – chůze bokem v kruhu,
- „*Podívejte, děti, jak bublina letí! Letí, letí, otáčí se,*“ – děti se zastaví, pustí se a otáčejí se kolem své osy.
- „*Prásk – praskla bublina!*“ – děti tlesknou a dřepnou si na zem.

7. Relaxace

Děti relaxují při reproduované hudbě, učitelka a asistentka je masírují masážním ježky a vypráví příběh o ježkovi a jeho podzimním putování za potravou.

8. Probuzení a závěr hodiny

Děti jsou pochváleny a odměněny za svou práci rozkrojeným jablkem.

2.8. Evaluace individuálních plánů terapie

ALENA

Alena se zúčastňovala všech našich setkávání s chutí. Na počátku neměla ráda muzikoterapeutickou místnost, snažila se z ní uniknout. Postupně překonala prvotní strach z neznámého prostředí. V začátku terapie se bála tlumeného barevného světla, ale v průběhu roku si zvykla. Napomohla tomu skutečnost, že jí bylo dovoleno čas od času měnit barevnost světel pomocí dálkového ovládání.

V rušných, abreaktivních fázích programu se projevovala vesele, živě reagovala na projevy ostatních a po několikátém opakování stejného programu lépe zvládala řízený pohyb. Aktivitu doprovázela radostnými projevy, výskala a smála se. Díky své tělesné konstituci je stále pomalejší při výraznějších změnách polohy těla. Pomalu vstává a sedá si na zem, nezvládne poskoky apod. Při bubnování se snaží zapojovat obě ruce a sledovat pohyb zrakem. Síla úderu je stále malá, potřebuje výrazné povzbuzování. Bez problémů ovládá hru na rytmické nástroje Orffova instrumentáře (ozvučná dřívka, rolničky, triangl, chrastítka, rumbakoule, vajíčko, činelky). Ráda hraje na zvonkohru, i

podle vzoru dospělého. Ve volném výběru nejčastěji zvolila hru na dřívka. Její hra se vyznačuje snahou o přesnost.

V počátcích muzikoterapeutického setkávání byla u Aleny zřetelná nestabilní koncentrace pozornosti. Díky pevně dané struktuře se ale brzy naučila lepšímu soustředění, těšila se na oblíbené činnosti a to se pro ni stávalo motivací. Alena zvládne rozeznat zvuky známých nástrojů bez zrakové podpory, rytmizuje dvou- a tříslabičná slova, lépe udrží rytmus a svou velmi dobrou paměť uplatňuje při hudebně pohybových hrách. Má ráda motivaci zvířátky (běžet jako kůň, skákat jako žabka, našlapovat jako myška apod.)

Alena udělala v průběhu roku velký pokrok v komunikaci. Zlepšil se její oční kontakt a zvýšilo se zaujetí k expresivnímu vyjadřování. Rytmizaci slov realizuje vokalizací, používá hlásku *a*, nebo slabiku *ma*. Snaží se napodobit tvar úst a polohou jazyka při vyvozování hlásek. S oblibou sfoukává papírové výstřižky a fouká do větrníčku. Po upozornění se jí daří při foukání eliminovat slinění.

Alena ráda sleduje projevy ostatních dětí ve skupině, má radost z úspěchu druhých, je velice empatická. Její projev je často dost hlučný a ruší tak pozornost druhých, po upozornění se ale dokáže ztišit a zvládat svoje emoce. Postupně se učí zklidňování při závěrečné relaxaci. Díky prodlužování délky relaxační skladby vydrží nyní v klidové pozici až 5 minut. Na společná setkávání se velmi těší.

DANIEL

Daniel je velmi hyperaktivní chlapec, má rád pohyb a v na počátku terapie mu dělal velký problém přechod z rušné části do fáze řízené. Proto je potřeba jej usměrňovat i v první abreaktivní fázi, aby se nedostal do stavu euforie. V takovém případě dochází k nezvladatelnému chování, připojují se pohybové stereotypie jako mávání rukama a kývání tělem a jen těžko se z tohoto stavu vyvádí. Při řízené činnosti k takovým projevům nedochází. Dobře se orientuje v prostoru, pozná pravou a levou stranu, kde je nahoře a dole. Zlepšilo se i jeho sluchové vnímání. Sluch na postiženém uchu trénujeme pomocí zvukových hádanek se zakrýváním ucha zdravého. Výborně ovládá hru na tělo (doprovází písničku tleskáním, dupáním, pleskáním), ukáže na části těla shodné s obrázkem.

Daniel rád bubnuje, dokáže napodobit i udržet rytmus, hraje oběma rukama současně i střídavě. Při hře na rytmičné nástroje se snaží o správnou manipulaci. Stává se již jen velmi zřídka, že se nástroj objeví v ústech. Napodobí jednoduchý rytmický motiv, respektuje pokyny ke hře a pauze, skvěle ovládá dynamiku hry (silně x slabě). Při hudebně pohybových hrách uplatňuje svou dobrou pohybovou nápodobu a paměť. Často již po druhém opakování hry zvládne samostatně a pečlivě provádět sekvenční pohybový model za doprovodu básničky či písničky. Zlepšila se jeho záměrná pozornost.

U Daniela došlo v tomto roce k výraznému pokroku v expresivní složce řeči. Snaží se opakovat a používat známá slova a i jeho výslovnost je na lepší úrovni. Zná a pojmenuje všechny nástroje, které v průběhu terapie běžně používáme. Při dechových cvičeních je potřeba jej upozorňovat na správné držení těla. Melodie lidových písní spojí se správným obrázkem. Daří se mu začátky písní samostatně melodizovat.

Daniel dobře spolupracuje s ostatními dětmi ve skupině. Reaguje přiměřeně na pokyny dospělého. Jeho reakce na chování dětí nejsou již tak impulzivní a unáhlené. Po vysvětlení situace se většinou rychle zklidní. Dříve velmi špatně přijímal doteky ostatních dětí. Toto se postupně zlepšuje díky činnostem zaměřeným na spolupráci mezi dětmi. Daniel v současné době rád tleská o dlaně druhému dítěti a nechá druhého pleskat do svých stehů. Zvyká si i na hlazení a masáž v relaxační fázi sezení. Podařilo se tak zmírnit hypersenzitivitu na dotek v rámci hry.

Celkové ladění Daniela v průběhu setkávání je klidnější a vyrovnanější. Potvrdilo se tak, že ve známém a přehledném prostředí dokáže fungovat bez problémového chování a emočních výkyvů.

JONÁŠ

Jonáš je citlivý chlapec, který má obtíže v adaptaci. Na prostor pro muzikoterapii si však postupně zvykl, stal se pro něj bezpečným místem, naše společná setkávání jsou pro něj oblíbenou součástí vyučování. Je velmi pohybově schopný a nadaný. Nedělá mu problém jakákoliv aktivita zaměřená na rozvoj hrubé motoriky. Je snaživý a projevuje se obratně. Rád doprovází hudební aktivity hrou na tělo a zlepšila se jeho manipulace s hudebními nástroji. S oblibou hraje na všechny jednoduché rytmické

nástroje a bubnuje. V začátku terapie špatně snášel reprodukovanou hudbu pouštěnou v malém prostoru. V současné době nemá s hlukem problém ani v dynamických fázích setkání. Zlepšila se jeho vizuomotorická koordinace.

Jonáš rychle reaguje na své jméno, pozná a pojmenuje i ostatní děti ve skupině, včetně těch, kteří s ním nechodí do třídy. Došlo k výraznému zlepšení v koncentraci pozornosti. Vydrží se aktivně zapojovat do všech činností po celou dobu muzikoterapeutického střetnutí. Dbá pokynů dospělého, napodobuje pohyby, rychle se učí novým věcem. Lépe zvládá relaxační aktivity, v blízkosti dospělého a za pomoci hlazení či jemné masáže se rychle zklidní a uvolní.

Již při prvním setkání se u Jonáše vyskytl nezvyklý jev, a to, že jakmile vstoupí do muzikoterapeutické místnosti, začne mluvit hlasitěji než obvykle. Je to zřejmě dáno prostorem, který na něj působí příjemně, intimně a bezpečně. Využíváme proto naše setkávání k cíleným procvičováním expresivní stránky řeči. Spontánně komentuje dění kolem sebe. Jonášova řeč se vyznačuje četnými echoláliemi, proto zaměřujeme pozornost i na porozumění řeči. Výborně ovládá veškerá dechová cvičení, s oblibou vyfukuje bubliny z bublifuku. Zvládne napodobit jednoduchý rytmický motiv a snaží se rytmicky deklamovat slova a říkadla.

Jonáš se často projevuje nejistě, vyžaduje hodně chválit a podporovat. Důležitý je pro něj zážitek z úspěchu. Jeho projev je potom spontánnější a méně úzkostný.

Postupně lépe zvládá spolupráci ve skupině bez vedení dospělého. Zapojuje se do všech kolektivních aktivit. Přiměřeně reaguje na ostatní děti ve skupině, dovede se mezi nimi prosadit.

2.9. Závěry šetření

Šetření ukázalo, že žáci s autismem přijali muzikoterapeutická sezení jako nedílnou součást dopoledního vyučování, na společná setkání se těší. Díky jasně dané struktuře programů je pro ně činnost přehledná, vědí co očekávat. Průběh terapie má kladný vliv na jejich vývoj, ať už v oblasti kognitivních funkcí a poznávacích schopností, tak na jejich momentální náladu, a tím celkově pozitivně ovlivňuje jejich prožívání. Ve všech třech ukázkách muzikoterapeutických programů je popsán možný průběh terapeutických sezení, které zařazujeme do výuky každý týden po dobu tří měsíců.

Činnosti se stále opakují až k úplné automatizaci. Tento postup dává dětem šanci důkladně si osvojit jednotlivé muzikoterapeutické prvky a techniky.

V průběhu jedné muzikoterapeutické jednotky přecházejí žáci od fáze dynamické, kde mají možnost uvolnit energii a případné negativní emoce, až do fáze klidové, relaxační. Hlavní fáze programu má edukativní charakter a směřuje tak k vytyčeným pedagogickým cílům. Žáci si rychle zvykli na pravidla setkávání, určité fáze jsou volnější a jiné více řízené. Zdá se, že tento postup je pro ně jasný a vyhovuje jim.

Cílem praktické části této práce bylo analyzovat vliv muzikoterapie na vývoj dětí s autismem. Z vyhodnocení ročních individuálních plánů terapie tří žáků s autismem je patrný jednoznačný pozitivní vliv muzikoterapie na rozvoj senzomotorických funkcí, ať už v oblasti jemné a hrubé motoriky, tak smyslového vnímání a koordinačních schopností. V počátku terapie vyžadovali všichni žáci pomoc ze strany asistentky, postupně se naučili zvládat jednotlivé techniky sami a od asistence upouštíme. Všichni tři žáci v současné době ovládají hru na rytmické nástroje a hru na tělo. Repertoár hudebních nástrojů stále rozšiřujeme a tím podporujeme rozvoj poznávacích schopností a jemné motoriky. Sluchové vnímání děti rozvíjely poslechem hudby, sluchově motorickými cvičeními a poznáváním zvuku hudebních nástrojů bez zrakové podpory.

Muzikoterapie má kladný vliv i na kognitivní funkce. U dětí můžeme pozorovat v průběhu terapie lepší koncentraci pozornosti, rozvoj paměti a osvojení důležitých dovedností jako je rytmické cítění. Jako účinná technika na rozvoj rytmického cítění se ukázalo skupinové vyladění, kdy žáci poslouchají určitý rytmus a postupně připojují svou hru na nástroj a snaží se tempo a rytmus hry přizpůsobit. Tuto techniku uvádíme v muzikoterapeutickém programu č. 1 – „Běh koní“, ale lze ji použít i při hře na buben. Žáci rádi pracovali s písničkami a básničkami doplněnými o pohybové prvky. Naučili se hrát na rytmické hudební nástroje podle určitých pravidel: rychle, pomalu, nahlas, potichu. Rozličnými způsoby jsme procvičovali pravolevou a prostorovou orientaci. Děti si oblíbily tanečky a hudebně pohybové hry, při kterých trénovaly paměť a sekvenční myšlení.

V oblasti emocí jsme zaznamenali v procesu terapie u žáka Daniela zmírnění jeho impulzivního a problémového chování. Jonášovy pokroky jsou znatelné ve zmírnění úzkostných projevů. Alena se více zapojuje do skupinových aktivit, lépe spolupracuje

s ostatními ve skupině. Ve shodě s poznatky Kateřiny Thorové (2006) jsme došli k názoru, že je velice prospěšné naučit děti s autismem relaxaci. Relaxace redukuje úzkost a tenzi a zvyšuje schopnost dítěte odolávat frustraci. To má pak zásadní vliv na schopnost přijímat nové informace.

Komunikační schopnosti se postupně zlepšují u všech sledovaných dětí. Nejvýrazněji se jeví vliv terapie na rozvoj expresivní složky řeči. Děti si osvojují práci s dechem, rytmizaci slov, rozšiřují si slovní zásobu. V průběhu terapeutických sezení jsme mohli pozorovat u Jonáše hlasitější řečový projev a lepší výslovnost. Alena častěji navazuje kvalitní oční kontakt. Daniel opakoval slova a snažil se napodobit melodizaci.

Vývoj v jednotlivých oblastech nelze u dětí s autismem samozřejmě vnímat pouze v rámci muzikoterapie. Musíme na něj pohlížet v širším spektru celého výchovně vzdělávacího procesu. Rozeznat dílčí úspěchy v průběhu terapeutických setkání ale lze a je možné vysledovat jasný pozitivní vliv muzikoterapie na prožívání dětí. Žáci odcházejí z muzikoterapeutické místnosti dobře naladěni, uvolněni a zklidněni. Mají zde šanci pro seberealizaci, ventilaci emocí, sebepoznání. Proto je možné říci, že má muzikoterapie své nezastupitelné místo v práci s dětmi s autismem.

Pro účely systematické práce doporučujeme v začátku terapie vytvoření individuálního plánu terapie na jeden školní rok a vytyčení základních cílů. Plány je vhodné v průběhu terapeutických setkání doplňovat a měnit. Nedílnou součástí práce jsou též písemné záznamy z pozorování dětí a pořizování videonahrávek. V procesu evaluace tak dostaneme zpětnou vazbu a tím dochází k dalšímu důležitému bodu terapie - nastínění vhodného postupu pro další práci. Plán terapie se tak může stát součástí individuálního vzdělávacího plánu dítěte.

ZÁVĚR

Muzikoterapie je expresivní terapie, využívající hudbu a jejích vlastností ke specifickým cílům v rámci léčebného nebo výchovně-vzdělávacího procesu. V práci s dětmi s autismem může muzikoterapie zaznamenat mnoho pozitivních výsledků. Existuje řada modelů muzikoterapie, jejichž systematické terapeutické působení je zaměřené na děti s tímto druhem postižení. Každý člověk velmi silně prožívá a pociťuje působení hudby. Hudba vyvolává v člověku specifické fyzické a psychické procesy, působí přímo na jeho náladu. Hudba má také velký vliv na komunikaci, vytváření hlasu a řeči. Pro děti s autismem je často komunikace pomocí hudby jednodušší než verbální dorozumívání. Hudba tvoří přímé propojení člověka s jeho prožíváním a následně zprostředkovává kontakt s jeho okolím. Porozumí jí každý bez ohledu na mentální úroveň nebo stupeň postižení.

Muzikoterapie má u dětí s autismem své nezastupitelné místo. Na základě třech případových studií v praktické části této práce jsme zaznamenali, že systematickým působením hudby dochází u těchto dětí k pozitivním změnám v senzomotorickém vnímání, kognitivních funkcích, emočním prožívání, sociálních a komunikačních dovednostech. Tyto poznatky se shodují s výzkumy odborníků Burra, Granta a Hansera v publikaci Jiřího Kantora (2009).

Považujeme za potřebné vytvořit každému žákovi, který se pravidelně účastní muzikoterapeutických setkání, individuální plán terapie. Plán by měl být pravidelně vyhodnocován, zachytíme tak výsledky celého procesu s možností nástupu budoucího směru terapie. Individuální přístup je podstatnou složkou celého terapeutického procesu. Další klíčovou složkou terapie je vztah terapeut – klient. Jak uvádíme v teoretické části této práce, měl by se terapeut stát bezpečným, akceptujícím člověkem, který dobře zná svého klienta. Toto platí dvojnásobně u tak komplikované diagnózy, jakou je autismus.

I přes široké spektrum pozitivních účinků je v České republice muzikoterapie u dětí s autismem v počátcích. Používá se v práci s těmito dětmi zatím minimálně. Chybí pevný vzdělávací rámec pro muzikoterapeutickou práci. Východiskem by se stalo zařazení muzikoterapie jako doplněk školního vzdělávacího programu základní školy speciální.

SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ

BEYER, Jannik, GAMMELTOFT, Lone. *Autismus a hra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-157-3.

BONDY, Andy, FROST, Lori. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2053-1.

BŘICHÁČKOVÁ, Marie, VILÍMEK, Zdeněk. *Možnosti využití muzikoterapie v základní škole speciální*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství, 2008. ISBN 978-80-86856-50-6.

ČADILOVÁ, Věra, ŽAMPACHOVÁ, Zuzana. *Strukturované učení*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-475-5.

ČADILOVÁ, Věra, ŽAMPACHOVÁ, Zuzana, a kol. *Tvorba individuálních vzdělávacích plánů pro děti s poruchami autistického spektra*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství, 2006. ISBN 80-86856-17-8.

GARFIELD, Leah, Maggie. *Léčení zvukem*. Praha: Talpress, 1997. ISBN 80-7197-091-3.

GILLBERG, Christopher, PEETERS, Theo. *Autismus: zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-856-2.

HRDLIČKA, Michal, KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus*. Praha: PORTÁL, 2004. ISBN 80-7178- 813- 9.

KANTOR, Jiří, aj. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9.

KULHÁNKOVÁ, Eva. *Hudebně pohybová výchova*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-437-0.

LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie*. Rosice u Brna: Gloria, 1997. ISBN 80-901834-4-1.

MAREK, Vlastimil. *Tajné dějiny hudby*. Praha: Eminent, 2000. ISBN 80-7281-037-5.

MÁTEJOVÁ, Zlatica, MAŠURA, Silvester. *Muzikoterapia v špeciálnej a liečebnej pedagogike*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1992. ISBN 80-08-00315-4.

MÁTEJOVÁ, Zlatica, MAŠURA, Silvester. *Muzikoterapia při zajakavosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1980. ISBN 67-342-80.

MORENO, Joseph, J. *Rozehrát svou vnitřní hudbu*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-980-1.

MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

NESNÍDALOVÁ, Růžena. *Extrémní osamělost*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-024-3.

PEETERS, Theo. *Autismus: Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-X.

PIPEKOVÁ, Jarmila, VÍTKOVÁ Marie (ed.). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

POKORNÁ, Pravdomila. *Úvod do muzikoterapie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982. ISBN 17-326-82.

PROCHÁZKA, Tomáš, PROCHÁZKOVÁ, Marie. *Projekt: stimulačně relaxační atelier*. 2009.

RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-102-6.

ROMANOWSKÁ, Barbara, Angel. *Muzikoterapie: ladičky a léčení zvukem*. Frýdek-Místek: Alpress, 2005. ISBN 80-7362-067-7.

RUEGER, Christoph. *Domácí hudební lékárnička*. Praha: Ikar, 2003. ISBN 80-249-0200-1.

SCHOPLER, Eric, MESIBOV, Gary, B. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.

SULLIVAN, Lawrence, E. (ed.). *Enchanting powers: music in the world's religions*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University, 1997. ISBN 0-945454-12-0.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-7367-339-0.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

VERMEULEN, Peter. *Autistické myšlení*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1600-3.

ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praktická aplikace*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. [Cit. 20. 5. 2012]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>

Kantor. *Múzické dílny a rozvoj poradenství – učební texty*. In: vcizp.cz [online]. [Cit. 15. 5. 2012]. Dostupné z: http://www.vcizp.cz/doc/2010/Uc_text_Muz_dilny.pdf.

www.apla.cz

www.muzikoterapie.cz

www.orff.cz

www.skolaroos.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Muzikoterapeutická místnost

Příloha č. 2 Hudební nástroje

Příloha č. 3 Fotodokumentace muzikoterapeutických programů

Pokud není uvedeno jinak, fotografie pořídila pro účely bakalářské práce autorka textu.

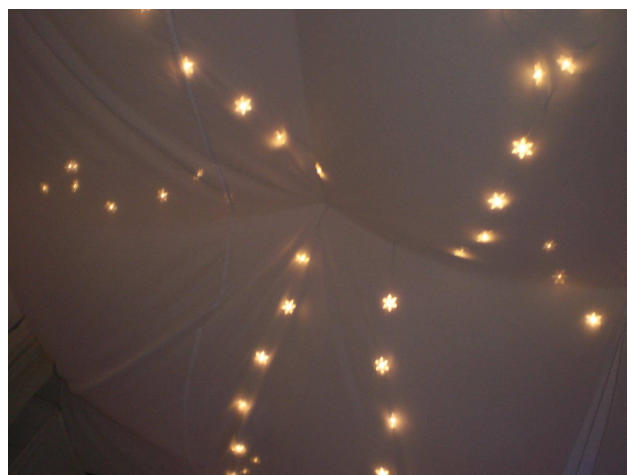
Fotografie v příloze č. 3 jsou použity se souhlasem rodičů dětí.



Obr. č. 1 muzikoterapeutická místnost – pohled k pódiu



Obr. č. 2 Barevné podsvícení místnosti



Obr. č. 3 Stropní osvětlení, využívané v relaxační části sezení



Obr. č. 4 Nástroje Orffova instrumentáře



Obr. č. 5 Bongo, djembe, deštné hole

Příloha č. 3

Fotodokumentace muzikoterapeutických programů

(Fotografie pořídila v průběhu terapeutických setkání Mgr. Veronika Havelková)



Obr. č. 6 Obrázková struktura muzikoterapeutického setkání



Obr. č. 7 Úvodní pozdrav



Obr. č. 8 Bubnování v kruhu



Obr. č. 9 Bubnování v kruhu



Obr. č. 10 Reakce na signál



Obr. č. 11 Poznávání zvuku nástrojů bez zrakové podpory



Obr. č. 12 Dechové cvičení – foukání do bublifuku



Obr. č. 13 Pohybová hra „Na bublinu“